EIN
BEITRAG ZUR FRAGE DER MANISCH-DEPRESSIVEN ERSCHEINUNGSFORMEN BEI DEMENTIA PRAECOX.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

K. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

MAX SCHNEIDER

AUS NÜRNBERG.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG
BUCHDRUCKEREI J. MEIXNER.
1915.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Professor Dr. Rieger.**

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Bei einer systematischen kritischen Sichtung des Krankenmaterials einer jeden Irrenanstalt wird sich uns die Wahrnehmung aufdrängen, daß eine sehr große Anzahl von Insassen vorhanden ist, deren Krankheitsbild das einer abgelaufenen Dementia praecox ist. Die Zahl dieser Fälle ist eine relativ viel größere, als man nach der Zahl der Fälle, bei denen Dementia praecox bei der Einlieferung und ersten Diagnosenstellung festgestellt wurde, wirklich erwarten sollte. Anderseits wird man bei weiterer Prüfung finden, daß viele der Fälle, bei denen ursprünglich Manie, Melancholie, circuläres Irresein diagnostiziert wurde, in der Anstaltsbehandlung von vornherein verblieben, oder aber nach einer oder auch mehreren Remissionen dauernd in der Anstalt interniert wurden.

Diese Tatsachen sind geeignet, unser Augenmerk auf die Frage der Diagnosenstellung hinzulenken. Denn hier nur muß die Fehlerquelle gelegen sein. Des weiteren werden diese Tatsachen uns auch die Frage aufdrängen, was denn die Ursache dieser Erscheinung sei: ob die circulären Erkrankungsformen öfter einen anderen Verlauf nehmen, als es dem Charakter der Krankheit entspricht, ob diese Krankheiten rein circuläre waren und noch eine zweite Krankheit, die zum geistigen Verfall führte, also eine Dementia praecox intercurrierte, oder aber ob bei der ersten Diagnosenstellung ein Irrtum unterlaufen war, dergestalt, daß die Krankheiten, die zuerst als circuläre imponierten und als solche diagnosticiert waren, letzten Endes doch schon Dementia praecox-Fälle waren. *Urstein,* dem diese Tatsachen schon vor einer Reihe von Jahren bei der Nach-

prüfung des Materials der *Kräpelin*'schen Klinik zu Heidelberg aufgefallen ist, hat umfangreiche Arbeiten über diese Fragen veröffentlicht.

In seiner 1908 erschienenen Monographie „Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein" weist er an der Hand eines reichhaltigen Materials aus der Heidelberger Klinik und der Anstalt zu Herzberge nach, daß in einer sehr großen Zahl von Fällen, die nach den Lehren der *Kräpelin*'schen Schule als manisch-depressives Irresein zu bezeichnen sind, weil sie zahlreiche manische Symptome und einen circulären Verlauf zeigten, doch die Diagnose Manie zu Unrecht gestellt war. Die Heilungen hielten nicht an. Im weiteren Verlauf der Krankheit traten die manischen Symptome immer mehr zurück, der Zustand wurde stationär, es zeigten sich schwere Defekte, die Symptome der Dementia praecox, besonders katatonische beherrschten das Krankheitsbild. Eine große Reihe von Krankengeschichten, die in extenso gegeben werden, bekräftigen die Auffassung des Autors.

Ein noch reichhaltigeres Material zu der Frage, das großenteils aus der Klinik der Charite stammt, veröffentlicht und verwertet *Urstein* in der 1912 erschienenen Monographie „Manisch-depressives Irresein als Erscheinungsform der Katatonie". Er kommt bei diesen seinen Untersuchungen zu dem Schlusse, der übrigens ja schon aus der Fragestellung beziehungsweise aus dem Titel seiner Arbeiten zu erkennen ist, daß unter dem Einflusse der Lehren der genannten Schule die Diagnose „manisch-depressives Irresein" viel zu oft gestellt wird, daß einseitig den manischen Symptomen eine zu große Bedeutung beigelegt wird, die mitauftretenden Dementia-praecox-Symptome dagegen vernachlässigt werden. Im besonderen werde auch den „Heilungen" für die Diagnosenstellung eine viel zu weitgehende Bedeutung beigelegt, dergestalt, daß sie einseitig nur für die Diagnose Manie verwertet werden und die Tatsache, daß die Anfangs-

stadien der Dementia praecox oft in Schüben verlaufen, vernachlässigt werde. *Urstein* benutzte für seine Untersuchungen mit Vorliebe das Material von Anstalten. Denn hier hat man am besten Gelegenheit, die Endstadien zu beobachten, während die Klinik ihre Patienten zu leicht aus dem Auge verliert und allenfallsige schriftliche Erkundigungen nur ein unzuverlässiges Material ergeben. Ich habe nun auf Anregung des Herrn Professor *Reichardt* in Würzburg es unternommen, das Material der Heil- und Pflegeanstalt Lohr a./Main auf Fälle zu untersuchen, die anfänglich unter der Diagnose „manisches" beziehungsweise „circuläres Irresein" gingen, bei denen sich im weiteren Verlaufe aber doch ein Endzustand der Dementia praecox etablierte.

Unser Krankenmaterial ist für eine derartige Untersuchung besonders geeignet. Es handelt sich fast ausschließlich um Kranke, die eine Reihe von Anstalten durchlaufen haben. Bei der ersten Internierung, die meist rasch erfolgte, brachte man sie mit Vorliebe in die psychiatrische Klinik zu Würzburg, wo sie teilweise bis zum Abklingen der Krankheitserscheinungen verblieben, um dann nach Hause entlassen zu werden. Teilweise wurden sie auch nach Werneck überführt und eventuell von dort entlassen. Später rückfällig geworden, wurden sie wieder in die Klinik gebracht oder wegen der geringeren Kosten der Anstalt in Werneck zugeführt. Von dort wurden sie nach Errichtung der hiesigen Anstalt, soweit sie dem Aufnahmebezirk derselben entstammen, hierher transferiert. Die Krankengeschichten sind von einer Reihe von Ärzten geführt und somit die Diagnose wiederholt überprüft und neu gestellt worden. Sie sind also sicher geeignet, uns ein möglichst objektives Bild des Krankheitsablaufes zu geben.

Ich habe nun bei Sichtung unseres Materials eine Reihe von Fällen gefunden, bei denen zuerst die Diagnose Manie, beziehungsweise circuläres Irresein gestellt war und die jetzt als typische Dementia-praecox-Kranke mit schweren

Defekten irreparabler Natur dauernde Insassen unserer Anstalt sind. Alle diese Fälle hatten ursprünglich einen rein periodischen Verlauf genommen, oder aber sie wiesen so typische manische Symptome auf, daß man an der Richtigkeit der Diagnose gar nicht zweifelte; und doch hat sie der Krankheitsverlauf als falsch und unhaltbar nachgewiesen. Besonders interessant sind einige Fälle, bei denen der erste Anfall ganz den Eindruck einer Manie machte, rasch ablief, und wo dann ein Recidiv eintrat, das mit nur wenigen manischen Symptomen einherging und rasch zu völligem geistigen Verfall führte. Es ist natürlich unmöglich, diese Krankengeschichten alle und ganz zum Abdruck zu bringen; das würde weit über den Umfang dieser Arbeit hinausgehen. Ich bringe sie deshalb stark gekürzt, bin aber bemüht gewesen, nichts Wesentliches wegzulassen. In der Mehrzahl der Fälle, sowohl im ganzen als auch der hier anzuführenden, handelt es sich um weibliche Kranke. Es sind ja auch durchschnittlich die weiblichen Manien tatsächlich viel lebhafter, produktiver und bieten reichhaltigere Zustandsbilder. Nachstehend folgt die einschlägige Casuistik.

Fall I.

A. Sch., geboren am 1. Oktober 1892, ledige Dienstmagd. Vater leidet an hochgradiger Idiotie, während ein erwachsener Bruder nur in geringem Grade mit einer solchen belastet ist. Zwei Schwestern sind durchaus intelligent. Aus dem idiotischen Vater und dem halbidiotischen Bruder war über die Vorgeschichte der Patientin nichts zu erfahren. Dagegen machte die Kranke bei Ausbruch der geistigen Erkrankung einen durchaus intelligenten Eindruck. Am 6. Juli 1912 wurde sie in das Distriktskrankenhaus zu O. in geistesgestörtem Zustande eingeliefert. Der Überführung ist ein Alkoholexceß vorausgegangen. Am 18. Juli 1912 wurde sie in die psychiatrische Klinik zu Würzburg transferiert. Die Kranke war damals um 6% zu schwer. Am Körper

keine Narbenbildungen. An Herz und Lunge kein pathologischer Befund. Die Patellarreflexe sind lebhaft. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Mitbewegung bei Convergenz der Sehachsen ist deutlich ausgesprochen. Urin frei von Zucker und Eiweiß, spezifisches Gewicht 1016.

Kranke ist bei der Aufnahme in die Klinik sehr erregt und zeigt starken motorischen Bewegungsdrang, läuft umher, springt im Zimmer auf und ab, lacht viel, wird sichtlich für Augenblicke durch jeden neuen Eindruck gefesselt, um sofort wieder abgelenkt zu werden. Ihre Bewegungen gehen leicht von statten und entbehren nicht einer gewissen Grazie, jedenfalls fehlt ihnen alles Stereotype und Eckige. Die Kranke schwatzt kontinuierlich und zwar so schnell, daß man nichts verstehen kann. Sie reiht ein Wort ans andere ohne inneren Zusammenhang. Die Stimmung ist sichtlich euphorisch, dafür sprechen ihr häufiges herzliches Lachen, ihr Singen und ihre sichtlich freundschaftlichen Umgangsformen. Durch Fragen ist wenig aus der Patientin herauszubekommen, entweder erfolgt überhaupt keine Antwort oder eine absolut unverständliche. Sie spricht zeitweise von Juden und Freimaurern, doch erweckt dieses Gerede durchaus nicht den Eindruck, als ob es sich bei ihr um die Bildung von regelrechten Wahnvorstellungen handle. Die motorische Erregung tritt bei der Kranken nur zeitweise auf, im Laufe mehrerer Stunden ist sie vollkommen ruhig und still, um dann plötzlich wieder stärker erregt zu werden. Dann ist sie zeitweise sehr widerspenstig und stört durch allerlei Kleinigkeiten den Betrieb auf der Krankenabteilung. Ihr Haar flicht sie in viele Zöpfe und wechselt rastlos ihre Frisur. Der Schlaf ist recht stark beeinträchtigt, sie schwatzt oft anhaltend in der Nacht und wirkt dadurch sehr störend.

15. August 1912. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht unverkennbar eine heitere Erregnng, die auch bei der oberflächlichen Betrachtung der Patientin sich be-

merkbar macht. Sie lacht anhaltend, treibt allerlei Schabernack, singt, tanzt und bietet mit einem Wort das typische Bild eines maniakalischen Zustandes dar. Auch Personenverkennung besteht — sie hält den Arzt für einen Apotheker, die barmherzige Schwester für ihre Großmutter u. s. w. —. Ihre Sprachweise war vollkommen incohärent, genau so wie bei ihrer Aufnahme, während sie im allgemeinen als bedeutend ruhiger, besonders in motorischer Hinsicht, bezeichnet werden konnte. Auch der Schlaf war jetzt anhaltend und ruhiger geworden. Am 19. August 1912 in die Kreisirrenanstalt zu Werneck überführt.

Der Transport ging glatt von statten. Unterwegs lachte die Patientin viel vor sich hin. Bei der Ankunft in der Anstalt zeigt sie unmotivierte Heiterkeit, ohne auf gestellte Fragen Antwort zu geben.

20. August 1912. Liegt zu Bett ohne auf Fragen zu reagieren. Bedeckt das Gesicht mit dem Kopfkissen und lacht unter demselben laut auf.

23. August 1912. Ausgelassen heiter ohne ersichtlichen äußeren Grund, singt und lacht, sucht sich in Gegenwart des Arztes zu entblößen. Geht auf keine Fragen ein, antwortet in burschikosen Ausdrücken wie: „Gelt, das möchtest Du wiß'! Schmecks!" Die Stimmung, die zumeist euphorisch ist, schlägt oft unvermittelt in eine gereizte, zornmütige um. Erzählt heute anderen Kranken, daß sie ein Liebesverhältnis mit dem Bürgermeisterssohn ihrer Gemeinde gehabt habe. Bringt unter lautem Gelächter vor, während der Nacht im Bett sei sie ihm recht gewesen, am Tage habe er nichts von ihr wissen wollen.

28. August 1912. Trotz mehrfacher Versuche ließ die Kranke bis jetzt eine körperliche Untersuchung an sich nicht vornehmen. Schlägt mit Händen und Füßen nach dem Arzt, wenn dieser sich nähert, lacht dabei in der ausgelassensten Weise.

1. September 1912. Zeigt ein äußerst mutwilliges Benehmen, ohne indeß viel zu sprechen. Neckt sich mit den

Kranken, wirft nach ihnen mit Brotresten, schleudert die Beine in die Höhe, wenn jemand an ihr vorübergeht, lacht unbändig, wenn sie dadurch den Unwillen anderer hervorrufen kann. Geht nie auf die Reden des Arztes ein, schlägt die Augen nieder, wenn dieser sie anspricht, gibt irgend eine patzige Gegenrede.

6. September 1912. Wegen zunehmender Erregung zu Bett gelegt.

10. September 1912. Meist gehobene, euphorische Stimmung. Läßt sich kaum fixieren. Erklärt unter lautem Lachen: „Ich bin's ja nicht, ich bin ja nicht die Schubert, ich bin ja die verkehrte". Hält sich jetzt sehr unsauber, läßt Urin und Kot ins Bett gehen. Verlegung auf die unreine Wachabteilung.

19. September 1912. Sondert ungeheuere Mengen Speichel ab, so daß ihr Bett fortwährend tropfnaß ist. Für eine Unterhaltung ist sie unzugänglich. Einzelnen an sie gerichteten Aufforderungen kommt sie nach, gewöhnlich aber weist sie den Arzt unter lautem Schimpfen, wobei sie sich der ordinärsten Ausdrücke bedient, von ihrem Bett weg. Diese Schimpfereien begleitet sie mit lächelndem Gesichtsausdruck. Auch mit gewalttätigem Zuschlagen ist sie gleich bei der Hand.

30. Oktober 1912. Abweisend, negativistisch, Speichelsekretion unvermindert.

10. November 1912. Wird lebhaft, springt aus dem Bette, wirft mit allen möglichen Gegenständen nach dem Arzte, lacht dazu ausgelassen und schimpft.

21. November 1912. Ungeheilt mit der Diagnose Dementia praecox nach Lohr überführt.

25. Dezember 1912. Kranke liegt auf der Wachabteilung für Unruhige. Sondert sehr viel Speichel ab, schimpft in den gemeinsten Ausdrücken. Unrein mit Urin.

10. März 1913. Patientin ist noch völlig unzugänglich, schimpft bei Ansprache, zerreißt die Wäsche, springt plötzlich aus dem Bette und neigt zu impulsiver Gewalttätigkeit.

Der Unfug macht ihr Spaß. Auf Vorhalt lacht sie nur. Speichelsecretion und Unsauberkeit mit Urin bestehen weiter. Das Gefühl für Anstand und Sitte ist ihr völlig verloren gegangen. Ungeniert und unbekümmert um die andern wäscht sie ihr Eßgeschirr im Kloset ab, läuft mit blutigem Hemde bei der Menstruation umher. Für Fragen hat sie nur gemeine Schimpfwörter übrig.

15. Juli 1913. Bei Patientin tritt eine Remission ein. Sie wird viel ruhiger, gibt auf Fragen Antwort, fängt an, sich an der Arbeit zu beteiligen. Nur ein dumpfes, apathisches Hinbrüten kommt öfter bei ihr zur Beobachtung. Das Körpergewicht geht bedeutend in die Höhe. Auf ruhige Wachabteilung verlegt.

15. November 1913. Die Remission hält weiter an, so daß Kranke auf Übergangshaus verlegt werden konnte. Richtige Schaffensfreude wird bei ihr immer noch vermißt, die Kranke muß zur Arbeit immer aufgemuntert werden. Es besteht noch unmotiviertes Lachen und Sichgehen-lassen. In den sprachlichen und schriftlichen Äußerungen ist intellektuelle Schwäche unverkennbar.

Dezember 1913. Persönliche Beobachtung:

Freundlich und erotisch zutraulich. Gibt bereitwillig Antwort. Leicht zu fixieren. Vorzügliches Gedächtnis. Kennt den Beginn ihres Leidens, gibt Aufschluß über die Anstalten, in denen sie bisher behandelt wurde, nennt die Namen der Ärzte, mit denen sie seitdem in Berührung kam. Sie weiß, was in ihrer Umgebung vor sich ging, als sie erregt war oder nicht sprach und keine Antworten gab. Einzelner Dinge und Zeiten will sie sich jedoch nicht entsinnen. Die Schulkenntnisse und allgemeines Wissen haften noch leidlich. Dagegen ist sie absolut urteilsschwach und kritiklos in Bezug auf ihre Person. Empfindung und Verständnis für ihre Lage fehlt. Zwar äußert sie ab und zu den Wunsch nach Entlassung, doch läßt sie sich leicht vertrösten. Ohne tieferen Affekt, überhaupt ohne höhere Interessen und Wünsche. Der Verkehr mit blödsinnigen

Kranken ruft keine Mißempfindung bei ihr hervor. Ihr Interessenkreis ist sehr beschränkt, keine geistigen Bedürfnisse, nicht einmal Lust zu einem Brief an die Angehörigen. Die Erinnerung an ihre schwere Zeit, an die große Unsauberkeit wird gleichgültig von ihr hingenommen. Patientin gibt zu, krank gewesen zu sein, hält sich aber jetzt für vollkommen gesund. Sie beteiligt sich unregelmäßig in der Waschküche an der Arbeit und liegt oft faul auf der Abteilung umher. Körperlich befindet sie sich wohlauf.

Epikrise.

Die körperlich gesunde Person erkrankt mit 20 Jahren und wird in einem schweren Erregungszustande in die Klinik verbracht. Leider war über den Beginn der Erkrankung absolut keine Anamnese zu erhalten. Diese verläuft anfänglich rein mit manischen Symptomen; Heiterkeit, Rededrang, geziertes Wesen, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Personenverkennung. Doch hier fällt uns schon auf, daß die Erregung nur zeitweise auftritt, dann ist die Kranke wieder stundenlang vollständig still und ruhig. Allerdings wird das Vorhandensein von Stereotypien ausdrücklich verneint, wodurch wohl die Diagnose Dementia praecox abgelehnt werden soll. In der Anstalt zu Werneck bleibt die Kranke anfänglich noch heiter, wird aber bald unzugänglich, grob, aggressiv gegen ihre Ärzte. Sie zeigt auch bald Spuren eines läppischen Benehmens und wird stark unrein. Inzwischen wird sie wieder heiterer, lacht und treibt Ulk. Es tritt dann hochgradige Salivation ein und die Kranke wird dabei sehr erregbar. Nach einigen Wochen tritt Negativismus in Erscheinung. Nach einem Monat erneute Erregung, welche acht Monate anhält. Patientin ist unflätig, unzugänglich, redet sinnloses Zeug. Sie erzählt ohne jegliches Schamgefühl von ihrem Geschlechtsverkehr, wäscht ihr Eßgeschirr im Closet, ist gemütlich völlig stumpf. Allmählich wird sie ruhig, läßt sich zur Arbeit gebrauchen, macht sich durchaus keine Sorgen um die Zukunft, ist bei

der Arbeit auch nicht nachhaltig, muß stetig zur Ausdauer angehalten werden. In sprachlichen und schriftlichen Äußerungen treten starke intellektuelle Defekte zu Tage. Das Benehmen ist läppisch, erotisch.

Es hat sich also in diesem Falle, der anfänglich als Manie imponierte, im Laufe von knapp zwei Jahren unzweifelhaft ein Zustand typischer Dementia praecox herausgebildet, der schon ziemlich weit vorgeschritten und allem Anschein nach noch nicht zum Stillstand gekommen ist. Bemerkenswert ist, daß der erste Beobachter die Dementia praecox bei der Diagnosenstellung mit in Betracht gezogen hat, sie aber ausdrücklich im Hinblick auf den manischen Charakter der Erkrankung ablehnen zu müssen glaubte. Vielleicht hätten in diesem Falle die zwischen die kurzen Erregungen sich einschiebenden Pausen völliger Ruhe und Stille ohne Depressionszeichen doch mehr Berücksichtigung verdient. Im weiteren Verlaufe erinnert nichts mehr an Manie. Der Wechsel zwischen Erregung und ruhigen Zeiten ist auch der Dementia praecox eigen, der Negativismus, der Speichelfluß, die impulsive Gewalttätigkeit, das läppische Benehmen, die völlige Gleichgültigkeit über ihr Schicksal, der Schwund des Urteils machen schließlich eine Verkennung der Diagnose Dementia praecox unmöglich.

Fall II.

K. R., geboren 18. Juni 1887, lediger Kaufmann. Eine Schwester des Vaters geisteskrank, sonst keine Heredität. Vier gesunde Geschwister. Nach den Schulzeugnissen weder Idiot noch an progressiver Verblödung leidend. Die Noten waren in den ersten Klassen weniger gut, wurden aber später immer besser. 14 Tage vor seiner Einschaffung in die psychiatrische Klinik zu Würzburg wurde er plötzlich sehr aufgeregt, sang, schrie, tobte, lärmte Tag und Nacht, sprach tolles, unsinniges Zeug in wildem Durcheinander. Deshalb wurde er am 26. April 1911 von seiner Mutter in die Klinik verbracht.

Der Kranke war ca. 13% zu leicht. Körpertemperatur normal. Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Spez. Gewicht desselben 1025. Innere Organe ohne Befund. Die Patellarreflexe in Ordnung. Kein Fußklonus. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Convergenzbewegung gut. Augenhintergrund normal. Nichts Halbseitiges. Nichts Paralytisches. Keine Narben.

Der Kranke hat lebhaften Bewegungs- und Rededrang mit Ideenflucht und Personenverkennung, macht Verse, Reime und Wortspiele, er redet, singt, schreit, tobt Tag und Nacht. Auch Gemütsexaltation und Irritation ist vorhanden, er wird sehr leicht aggressiv gegen seine Umgebung.

Der Kranke bietet das typische Bild der Manie mit allen ihren Symptomen. Nahrungsaufnahme genügend, Schlaf gering. Der Kranke wurde am 17. Mai 1911 in die Kreisirrenanstalt zu Werneck verbracht. Die Überführung ging ohne besondere Schwierigkeiten vor sich.

Bei der Aufnahme in psychomotorischer Unruhe, führt laute Selbstgespräche, geht im Zimmer umher, schaut zum Fenster hinaus, ohne vom Arzte Notiz zu nehmen, antwortet, während er den Rücken kehrt. Behauptet Ruckdeschel zu heißen, nennt noch eine Reihe anderer Namen, anscheinend Firmen, mit denen er früher in Verbindung gestanden, wähnt in Düsseldorf zu sein, gibt als Jahreszahl 2000 an. Folgt ohne Widerstreben auf Wachstation.

18. Mai 1911. Hochgradige psychomotorische Unruhe, springt aus dem Bett, legt sich unter dasselbe, kriecht unter alle Betten durch. Dabei redet er andauernd, Sprichwörter und Reime benützend. Zieht sein Hemd aus und wirft sein ganzes Oberbett heraus.

19. Mai 1911. Patient schlief trotz Injektion wenig, redete, sang die ganze Nacht: „Da ist der Kaiser Wilhelm, mein Geld ist auf der Discontobank, kein Mensch kann es nehmen. Das ist Wurst, ich habe Hunger und Durst. Hier kocht kein Mensch, es gibt nur Brot und Kaffee. Ich bin

im Siechenhaus. Hab' früher schon Scharlach gehabt, neun Jahr war ich alt."

20. Mai 1911. War in der Nacht wieder sehr unruhig. Redete andauernd für sich, sprang im Saal herum. Seine Umgebung verkennt er vollständig.

21. Mai 1911. War heute die Nacht durch ruhig. Morgens derselbe Bewegungsdrang. Reißt anderen die Bettdecke weg und redet die einzelnen Mitpatienten mit jüdischen Namen an.

22. Mai 1911. War die Nacht durch wieder recht unruhig, sprang herum, redete sehr laut für sich: „Da droben sitzt der Kaiser, hier bin ich eingeschlossen, ich habe ein Leberleiden, habe auch Blinddarmentzündung. Simplizissimus und Eulenspiegel. Elias war da. Willst du, ihr kennt mich viel zu schlecht. Was willst du mach? Da drüben zuckt er. Dahinten ist ein Gefängnis." (Bei den letzten Worten deutete er auf Gitter).

24. Mai 1911. Der Bewegungsdrang hält an. Ohne Unterlaß steht er auf, reißt sein Bett heraus, macht es wieder hinein, verunreinigt es auch einmal mit Urin, „damit es besser hält." Ideenflucht und Rededrang bestehen fort.

27. Mai 1911. Die heitere Stimmung hält an, doch läßt der Bewegungsdrang etwas nach. Nahrungsaufnahme genügend.

28. Mai 1911. Da Patient heute wieder recht lebhaft ist, im Saale herumspringt, wird er in kalte Wickel gelegt. Beim Besuch seiner Mutter erkennt er zwar dieselbe, benimmt sich aber grob gegen sie, will nicht nach Hause, sie solle sich nicht um ihn kümmern.

31. Mai 1911. Patient ist heute recht gereizt, beschimpft den Arzt, den er für einen Konkurrenten hält, und macht Miene, gegen ihn zu gehen.

4. Juni 1911. Sitzt im Bette auf, spricht laut und abgerissen, verworrenes Zeug vor sich hin, begleitet seine wirren Reden mit zerfahrenen Gesten, bleibt jedoch im Bette und wird nicht aggressiv.

5. Juni 1911. Die Hälfte der Nacht unruhig, durch Selbstgespräche störend. Wendet sich lachend mit lauten und verworrenen Reden an den Arzt. Er läßt sich für einige Fragen fixieren.

6. Juni 1911. Etwas ruhiger. Schwätzt zusammenhangslos. Heiter gestimmt. Starke Eßlust.

21. Juni 1911. Die maniakalische Erregung hält sich in mäßigen Grenzen. Nachts ist Patient meist schlaflos und öfters störend, ordnet und richtet an seinem Bette herum, schwätzt und lacht vor sich hin. Die Unruhe beschränkt sich für gewöhnlich auf seine Person, er weicht gewalttätigen Mitkranken aus. Zuweilen zerreißt er seine Sacktücher oder ruiniert Bücher und dgl. Über seine Umgebung ist er sich offenbar ganz im Unklaren. Den Oberpfleger betitelt er stets mit „Bernhard Goldschmitt, Gold- und Silberarbeiter aus Sterbfritze", den Arzt mit „Simon Rosenberger". Seine sprachlichen Äußerungen sind stets zusammenhangslos. Während er spricht, wendet er den Kopf zerfahren nach allen Seiten. Seine Stimmung ist vorwiegend heiter und ausgelassen, zuweilen ist er auch reizbar und wendet sich schimpfend ab.

5. Juli 1911. Geht mit lebhaftem, elastisch sich wiegendem Gange selbstbewußt, seine Umgebung ignorierend, im Garten auf und ab; manchmal macht er Stechschritte. Er läßt seinen Marsch durch Anruf nicht unterbrechen und schlägt dann entgegengesetzte Richtung ein. Im Abteilungssaal steht er wiederholt in einer Ecke, verhüllt sich das der Ecke zugekehrte Gesicht mit den Händen und spricht für sich. Er entfernt sich raisonnierend, wenn man ihn anspricht. Ist in den letzten Tagen gegen Ärzte und Pfleger reizbar verstimmt und abweisend, glaubt sich von diesen beschimpft und geschlagen.

14. Juli 1911. Beim Besuch der Mutter zugänglicher, aber verworren. Faselt von Frankreich, von Strafe Gottes, beantwortet einige Fragen der Mutter, die geschäftliche Angelegenheiten betreffen, zwischen seine zusammenhangs-

losen Reden hinein richtig und beweist dabei gutes Gedächtnis.

3. August 1911. Ruhiger, abweisend, entfernt sich stumm mit protestierenden Schritten, wenn man ihn anspricht. Das Körpergewicht nimmt entsprechend dem Zurücktreten der exaltativen Erscheinungen zu.

6. August 1911. Besuch der Mutter beeinflußt dieses Mal den Kranken schlecht. Er ist gegen dieselbe abweisend, verweigert ihr die Hand zum Gruß, will sie nicht als Mutter anerkennen: behauptet ein außereheliches Kind zu sein. Bezeichnet sich mit Dr. Hällein aus Christiania, macht seiner Mutter Vorwürfe, das Geschäft zu Hause sei sein Eigentum, man habe ihn hier nicht festzuhalten, begehrt laut auf, faselt dann wieder von Lotterien, geschäftlichen Verbindungen mit Rußland, Frankreich etc. Als er auf die Abteilung zurückgeführt wird, ist er gegen den Pfleger sehr renitent, schimpft laut, ißt mittags keinen Bissen, duldet nicht, daß man ihn anspricht.

19. August 1911. Ruhig, abweisend, wendet sich ab, wenn er vom Arzte angesprochen wird, sagt: „Leck mich am . . . . .“ und demonstriert den Podex.

22. August 1911. Datiert die erste Seite eines Briefes mit: „Hammelburg, 25. März 1911“. Auf der letzten Seite schreibt er folgendes: „Bonheim Neusyork.

Werthe Eltern!

Hierdurch teile Euch mit, daß soeben in Amerika angenommen bin und guth meine Reise direkt unter den Negerstämmen, es . . . (:unleserlich:) Mitteilungen (:es folgt ein sinnloses Aneinanderreihen von Buchstaben:) folgen.

Inzwischen verbleibe Euer Sohn und Freund

K. R.“

In andern Briefen, die gleich zerfahren sind, bestellt er sich ganze Waggons von Waren und unterzeichnet seine Briefe mit „Dr Paul Rosefeld, Praesident“.

12. September 1911. Hält sich stets für sich und meidet jeden Verkehr. Ist im allgemeinen ruhig und macht

keinerlei Störung der Ordnung. Er ist nur selten für einige Worte zugänglich, entfernt sich meist erbost, wenn er merkt, daß der Arzt auf ihn zugeht. Während er selbstbewußt und aufgebracht in demonstrativen Schritten sich abwendet, wirft er häufig hastig und im herrischen Ton unverständliche Worte hin, dabei stets die zwinkernden Augenlider zu Boden gesenkt haltend.

Gestern sagte er auf die Frage nach seinem Wohlergehen, man müsse es abstellen, daß sein Bettnachbar vorne am Bauch ihm Elektrizität hineinpumpe und hinten am Rücken Figuren hineindrehe. Starke Eßlust. Keine bemerkenswerten Schlafstörungen.

15. September 1911. Wird wieder lebhafter, spricht aufbegehrend für sich, drängt und stürmt zur Korridortüre hinaus, zeigt sich auch sonst geschäftiger, haucht die Wände an, reibt an den Fensterriegeln, reißt am Fenstergitter, streckt durch dieses Arme und Beine. Er schlief heute Nacht nicht, marschierte in den Sälen umher, verlangte vom Wachpfleger, daß dieser ihm die Türe öffne. Äußert dem Arzte gegenüber unklare Wahnideen, Leber und Lunge seien ihm heruntergerutscht, der Bauch sei voll Wasser etc. Abends wieder in stürmischer Unruhe, rennt die Säle auf und ab, fordert in ungestümen, lauten und zerfahrenen Worten seine Befreiung, rüttelt an den Türen, geht gegen die Pfleger und sucht ihnen die Schlüssel herunterzureißen, ruft in höchster Not durch's Fenster die Polizei herbei, verkennt seine Umgebung, glaubt sich in Hammelburg, spricht Pfleger und Patienten mit falschen Namen an.

16. September 1911. Nachts trotz Injektion kein Schlaf. Aus der feuchten Packung befreit beginnt er sofort sein unruhiges und ungestümmes Verhalten wieder. Schreitet mit hastigen Schritten und in verworrenen Schimpfereien einher, fährt nach den Schlüsselketten der Pfleger, reißt die eben gerichteten Betten auf, trägt Leintücher, Bettdecken, Kopfkissen und Matratzen zusammen, stapelt sie zu einem großen Haufen auf, ladet zum Kaufe ein und wehrt jeden

heftig ab, der ihn daran hindert, „lauter schöne Ware“ aufzutürmen.

17. September 1911. Nachts trotz Injektion ständig außer Bett und zuweilen durch seine Unruhe sehr störend. Der besuchenden Mutter gelingt es nicht, ihren Sohn auch nur für eine Frage zu fixieren. Dieser wird von einer ängstlich betonten Unruhe beherrscht, hängt sich an die Mutter, zieht sie zur Türe, reißt an der Klinke und äußert, die Worte seiner Mutter überhörend, triebartig immer den gleichen Wunsch hinauszukommen. Von dem mitgebrachten Obste nimmt er hastig Besitz und stopft sich sinnlos und gierig ganze Trauben samt Stiel in den Mund.

19. September 1911. Steht den ganzen Tag vor seinem Bett fast immer am gleichen Flecke und schaut stumm gegen die Wand. Gibt dann und wann zerfahrene Antworten. Weigert sich, in's Bett zu gehen und das Essen einzunehmen.

2. Oktober 1911. Sitzt stumpf brütend hinter dem Ofen und gibt keine Antworten. Versucht nachts einen Mitkranken mit Gewalt aus dem Bette herauszubefördern, da dieser ihm den Apparat an dem Kopfe angelegt habe.

6. November 1911. Sitzt in negativistischer Haltung hart am Rande seines Bettes, dem Saal den Rücken kehrend und sagt auf die Frage: „Wie geht es Ihnen, Herr Rosenberger?“ in seinem Negativismus stereotyp: „Ich heiß nicht R.“. Zupft und nestelt an der Bettdecke herum, reibt sich das Gesicht wund, ißt den Wundschorf. Bei Explorationsversuchen durchaus ablehnend.

16. Dezember 1911. Zeigte in den letzten Tagen etwas lebhafteres Wesen, verriet in seinem Benehmen mehr Interesse an den Vorgängen seiner Umgebung, stand auf und sah beim Wickeln eines Kranken zu, verfolgte neugierig, was mit diesem geschah. Heute ist er in ähnlicher stürmischer Erregung, wie sie sich bei ihm im September gezeigt hat. Er rennt triebartig und hastig auf und ab, drängt

zu allen Türen hinaus, ruft durch's Fenster die Polizei zu Hilfe etc.

22. Dezember 1911. Die Erregung hat sich wieder ziemlich gelegt. Nur stundenweise weigert er sich, in's Bett sich zu legen und bleibt negativistisch im Lehnstuhle hocken. Er ist bei Ansprache ablehnend.

22. Januar 1912. Kann sich nicht entschließen, das Bett zu verlassen und den Abteilungssaal zu besuchen; will sich dies täglich von neuem überlegen. Bei eingehender Erkundigung nach seinem Befinden wird er abweisend, wirft dem Arzte in hastiger sich überstürzender Sprechweise Sätze hin wie: „Das geht Ihnen nichts an. Machen Sie, daß Sie verschwinden! Erkundigen Sie sich bitte um Ihre Angelegenheiten! Ich verbitte mir diese Zudringlichkeiten.“ Er steht viel unter dem Einfluß von Gehörstäuschungen, legt seinen Kopf in lauschende Position, blinzelt gegen die Decke, wirft seine Tasse gegen das Ofengitter, stößt gleichzeitig Schimpfworte hervor und hält sich auf über „unverschämte Belästigungen“. Verlangt vom Arzte spontan „Volksteller“, er verzichte für die Zukunft auf „Beamtenteller“.

12. Februar 1912. Er hat sich jetzt dazu bewegen lassen, den Abteilungssaal unter Tag zu besuchen. Er sitzt hier abseits von den anderen, blättert zerstreut in Büchern oder brütet, die Hände in den Hosentaschen, vor sich hin. Manchmal ist er für einige Fragen zugänglich; sucht man ihn etwas länger in Anspruch zu nehmen, so wird er unruhig, sucht den Fragen auszuweichen, weicht vom Arzte zurück und will entrinnen. Besteht man dann auf einer Antwort, so wird er reizbar und ablehnend.

Interrogatorium:

Ihre Eltern haben sich heute nach Ihnen erkundigt, Ihre Mutter will Sie besuchen. — „Meine Eltern leben schon einige Jahre nicht mehr. Das muß eine Verwechslung sein.“

Was waren Ihre Eltern? „Arme Leute“.

Was waren Ihre Eltern? „Ich bin Arbeiter“.

Wo wohnten Ihre Eltern? „Schon einige Jahre nicht mehr am Leben".

Wo wohnten Ihre Eltern? „Ich war sehr lange in der Fremde, und wie ich zurückgekommen bin, waren sie schon sehr krank".

Wo sind Sie hier? „Anstalt . . . . . Werneck".

Geisteskrank? „Ich habe einen Menschenverstand". Lacht laut auf.

Seit wann hier? (Schlägt unvermittelt mit der Stimmung um) „Weiß nicht, wie ich hereingekommen bin; das ist schon länger her" (hastig).

Wie lange? „Steigen Sie mir am Buckel nauf!

Schreibt nicht, obwohl er selbst vorher Briefpapier verlangt hat.

1. März 1912. Er ist in den letzten Tagen etwas zugänglicher und freundlicher, zeigt etwas mehr Interesse an seiner Umgebung, sieht beim Kartenspiel zu, läßt sich dazu herbei, an seine Eltern zu schreiben, wenn schon er behauptet, daß diese schon längst gestorben seien. Er richtet folgende schwachsinnige Zeilen an seine Eltern:

„Werneck, 29. Februar 1912.

Liebe Eltern!

Da mich etwa 3 Jahre hier befinde, so würde es mich freuen, wenn Sie mich besuchen würden, da sonst annehme, leider gestorben seit, bitte über letzteren nicht zu erschrecken. Am angenehmsten wären mir Eßwaren. Indem seine Rückantwort im Voraus erwarte, verbleibe

Euer Sohn K."

1. April 1912. Die Besserung hält an. Er hilft beim Geschirrtragen mit, keine Fluchtversuche.

6. Mai 1912. Besuch von seiner Mutter. Verhält sich ruhig und geordnet. Verlangt nach Hause. Geht mit seiner Mutter im Park spazieren. Ist weniger verschlossen wie früher, geht bei der Visite auf den Arzt zu und unterhält sich mit ihm.

10. Juli 1912. Die Besserung besteht weiter. Es ist nichts besonders Auffallendes mehr an ihm zu bemerken. Selten laufen Klagen ein, daß er andere Patienten neckt und reizt. Zur Rede gestellt, spielt er den Unschuldigen.

30. Oktober 1912. Das Verhalten des Kranken ist im allgemeinen günstig. Er ist frei von Hallucinationen und stärkeren gemütlichen Schwankungen, ist gegen den Arzt freundlich, gehorcht in der Regel dem Pfleger, läßt sich zum Brotholen, Geschirrtragen und ähnlichen häuslichen Arbeiten verwenden. Eine psychische Schwäche ist zweifellos vorhanden: er ist leicht bestimmbar, läßt sich von Schimpfereien mancher Kranken hinreißen, stimmt diesen zu und zieht wie diese über die Anstalt los. Zur Rede gestellt corrigiert er sich. Er zeigt wenig bessere Interessen und geringe Initiative. Aus sich selbst beschäftigt er sich wenig. Die einzige Unterhaltung, die er mit Vorliebe sucht, ist das Necken von Mitkranken. Er fragt zwar häufig nach seiner Entlassung, schlägt aber selbst den richtigen Weg zur Erreichung dieses Zieles nicht ein. Er weigert sich seinen Eltern zu schreiben; will von ihnen nichts mehr wissen, da sie ihn hinterlistig in die Anstalt gesteckt hätten, man habe ihm „einen Kohl weiß gemacht", Schande und Spott auf ihn geladen; wenn er hinauskomme, rufe man ihm zu: „Da ist der Wernecker Narr". Er ist einsichtslos. Behauptet, durch die Dauerbäder in der psychiatrischen Klinik kaput gemacht worden zu sein. An die Zeiten seiner manischen Erregung, an seine Größenwahnvorstellungen, seine Gehörs- und Gefühlstäuschungen erinnert er sich angeblich nicht mehr; er lacht ungläubig, wenn man ihn daran erinnert.

29. November 1912. Vor die Alternative gestellt: Verzicht auf Taschengeld seiner Eltern oder Brief schreiben an dieselben, entschließt er sich doch zu letzterem. Der Brief ist kurz und inhaltsarm.

18. Dezember 1912. Ungeheilt nach Lohr überführt.

15. Januar 1913. Hat sich bisher brauchbar in der

Gärtnerei beschäftigen lassen, wenn er auch hie und da für sich schimpft. Ist mit seiner Garderobe unzufrieden. Ist durch Kost leicht zu besänftigen. Raisonniert über andere Kranke, geht denselben aber eiligst aus dem Wege, wenn er merkt, daß er an den Unrechten gekommen ist.

10. Mai 1913. Gelegentlich eines Besuches eines praktischen Arztes, der sich im Auftrage der Eltern erkundigte, sehr gereizt und ausfallend. Patient war eben auf dem Wege zur Arbeit; als er des Besuches ansichtig wurde, fing er zu schimpfen und zu schreien an, jene seien schuld, daß er in die Anstalt gekommen sei etc. Ließ sich absolut nicht fixieren.

3. August 1913. Der Kranke hetzt gerne die andern Kranken gegen das Pflegepersonal auf und ist schadenfroh, wenn dasselbe in eine mißliche Lage kommt. Wegen dieses Benehmens ist öftere Verlegung des Kranken am Platze.

2. Oktober 1913. Hält sich ziemlich tadelfrei, wenn gleich er auch hie und da poltert und schimpft. Er müsse schimpfen, es sei dies ein Erbfehler. In der psychiatrischen Klinik habe man ihn krank gemacht. „Die eingesperrte Macherei" habe ihn soweit gebracht. Die erste Zeit habe er vielleich Dummheiten gemacht. Auf seine Eltern, die das Entmündigungsverfahren einleiten ließen, ist der Kranke schlecht zu sprechen.

Dezember 1913. Persönliche Untersuchung:

Kindisch zutrauliches Benehmen. Neigt zu schwachsinnigem Raisonnieren. Sehr beeinflußbar. Meint, nach seiner Entlassung werde er seine kranken Eltern nicht mehr aufsuchen, sondern wieder als Kaufmann in die Welt ziehen. Dabei findet er nur bei ganz groben Arbeiten Verwendung und muß immer zur Ausdauer aufgemuntert werden. Relativ gute Gedächtnisleistungen, dagegen sehr dürftiges Rechentalent. Die größte Sorge bereitet ihm sein körperliches Wohlbefinden.

Epikrise.

Dieser Fall ist im Ablauf fast ein genaues Abbild des

vorhergehenden. Der früher ganz gesunde 24jährige Kaufmann, der als Knabe ein guter Schüler war, erkrankt ohne äußere Ursache plötzlich mit starker Erregung, wird ideenflüchtig, verkennt die Personen, macht Reime und Wortspiele, kurz er bietet das typische Bild der Manie mit allen ihren Symptomen. Später wird er äußerst reizbar, sogar tätlich, äußert Größen- und Verfolgungsideen. Einige Tage ist er auch depressiv, dann ändert sich das Bild. Er zeigt keine heitere Erregung mehr, sondern ist nur sehr reizbar, zornmütig, wird für seine Umgebung sehr störend. Im weiteren Verlauf tritt Negativismus in Erscheinung. Als der Kranke ruhig und zugänglich geworden ist, fehlt jede Krankheitseinsicht. Er redet zusammenhangloses Zeug vor sich hin. Er glaubt nicht, daß er erregt war, Gehörs- und Gesichtstäuschungen gehabt hat. Er ist gleichgültig gegen alles und ohne Initiative. Nur schwer läßt er sich zu einem dürftigen Brief an seine Eltern bewegen. Seine Stimmung ist gleichmäßig. Er reizt andere gern, will aber selbst nichts einstecken. Um seine Entlassung etc. macht er sich keine besondere Sorgen. Das geringste körperliche Leiden aber geht ihm sehr nahe. Die größte Sorge bereitet ihm ein Hut, der nicht nach seinem Geschmacke ist. Andere Dinge, namentlich seine Angehörigen, kümmern ihn nicht. Seine Briefe und sonstigen schriftlichen Äußerungen zeigen eine, für einen Kaufmann überraschende Armut an Gedanken und eine mangelnde Beherrschung des sprachlichen Ausdrucks. Die Schrift ist zerfahren, stellenweise nur ein Aneinanderreihen von Buchstaben oder auch unleserlichen Schriftzeichen. Der Gesamteindruck ist der einer Dementia praecox.

Der erste Teil der Krankengeschichte aus der Klinik ist etwas knapp gefaßt, um die Symptome alle genau prüfen zu können. Aber schon in der ersten Zeit des Aufenthaltes in Werneck zeigen sich Symptome, die nur für Dementia praecox sich verwerten lassen: so das Wiederholen von Sprichwörtern und Reimen, das Kriechen unter die Betten.

Später treten die manischen Symptome, besonders Ideenflucht, Personenverkennung und heitere Stimmung, beziehungsweise jede Gefühlsbetonung immer mehr zurück, es bleiben allein die vorerwähnten Krankheitszeichen, die einen reinen Zustand der Dementia praecox documentieren und zwar hat auch hier der Schwund des Geisteslebens einen für die kurze Krankheitsdauer überraschend hohen Grad erreicht.

Fall III.

K. A., geboren 26. Februar 1869, ledige Feldwebelstochter. Vater starb an Herzschlag. Geisteskrankheiten sollen weder in der Familie des Vaters noch der der lebenden und gesunden Mutter vorgekommen sein. Patientin machte als Kind Morbillen durch, Scharlach, Croup, Pneumonie und mit 8 Jahren Meningitis. Epileptisches ist bei der Kranken aus früheren Jahren nichts zu ermitteln. Nach Angabe der Mutter war die Kranke als Kind immer sehr verschlossen und eigentümlich, sie habe nie andern Vertrauen geschenkt, ihre jeweilige Stimmung sei sehr schwankend und beeinflußbar gewesen. Die Menses waren unregelmäßig, traten immer zu früh ein, waren sehr stark, dauerten 5 Tage und waren sehr schmerzhaft. Die ersten Menses traten mit 15 Jahren ein.

Im Winter 1890/91 war Patientin 3 Monate lang krank, angeblich an akutem Gelenkrheumatismus. Den März 1891 ging sie nach Paris und trat in ein Kloster als Novize ein.

Früher soll sie (angeblich im Jahre 1886) ganz plötzlich auf einem Auge völlig, auf dem andern fast ganz erblindet gewesen sein, nach 4 Monaten stellte sich das Sehvermögen wieder ein. Im folgenden Jahre dauerte dieselbe „Erblindung“ 6 Wochen, in den folgenden Jahren etwa 3 Wochen. Sie hat diese „Erblindungen“ etwa 5 mal durchgemacht, zuletzt nach ihrem Eintritt ins Kloster.

Am 8. Dezember 1892 wurde sie von ihrer Schwester, die Nonne in demselben Kloster ist, unvermutet der Mutter

aus Paris gebracht, weil sie plötzlich geisteskrank geworden war. Die Schwester erzählte, sie sei im November 1892 nach und nach tiefsinnig geworden, habe dann plötzlich eines Tags vom Teufel gesprochen; sie brauche nicht mehr zu beten, sie sei der Teufel, sie sei tot, ihr Vater sei nicht tot, er werde kommen und sie holen.

Die Reise haben die beiden Schwestern machen können, ohne großen Anstoß zu erregen. Während des ganzen Jahres 1893 lebte sie nun im Hause der Mutter, und es wechselten Zeiten der Heiterkeit und Traurigkeit miteinander ab. Ihre Gesamtverfassung war immer so, daß sie bei den Mitbewohnern des Hauses keinen Anstoß erregte. Zeitweise ist sie im Haushalte sehr tätig gewesen. Den letzten Sommer hat sie öfters Ohnmachten gehabt, mehrere Male mußte sie aus der Kirche geführt werden, einmal wurde sie in solchem Zustande im Garten aufgefunden. Die Ohnmachten traten plötzlich auf, sie befand sich vorher meist durchaus wohl. Hinterher klagte sie über heftigen Druck und Schmerz im Kopf und brauchte immer längere Zeit, um sich zu erholen.

In Zeiten relativ guten Befindens, wie im letzten Sommer, hat sie sich doch immer im Dunkeln gefürchtet. Sie konnte sich nicht entschließen, allein eine dunkle Treppe zu begehen, weil sie sofort den Teufel sah. Wurde es dann schlechter, dann gesellte sich Personenverkennung hinzu.

Am 24. Dezember 1893 wurde sie in die psychiatrische Klinik in Würzburg eingeliefert. Frei von Mißbildungen, Organerkrankungen, Innervationsstörungen. Häufig sehr erregt, spricht viel vom Teufel, verkennt die Personen in ihrer Umgebung.

14. Januar 1894. War bisher im Wesentlichen unverändert in mäßiger Erregung gewesen. Heute morgen ein Anfall schwerer Aufregung. Sie schrie überlaut, sah den Arzt für den Teufel an, schrie ihn an: „Sie sind gar kein Bischof“. Ihre Worte waren ein wildes Durcheinander von gemeinsten Schimpfereien, von Verlangen nach Essen und

Trinken, Silbergeschirr, vom Papst, Teufel, lieben Gott u. s. w. Nach kurzer Zeit beruhigte sie sich wieder.

16. Januar 1894. Heute frühe starke Diarrhoe. Collaps, blasse Gesichtsfarbe, schwacher Puls.

17. Januar 1894. Hat sich von ihrem Collaps erholt. Verwirrt, maniakalisch.

18. Januar 1894. Stark hallucinierend, gewalttätig.

19. Januar 1894. Überführung nach Werneck. Bei der Aufnahme verwirrrt, lebhaft, spricht von Prinz Eugen, gibt patzige Antworten, droht mit Ohrfeigen, geht willig auf Wachabteilung.

24. Januar 1894. Ist heftig erregt, zieht sich aus, gegen den Arzt abweisend und nicht fixierbar.

25. Januar 1894. Hat sich ein wenig beruhigt, gibt jedoch keine brauchbaren Antworten, ablehnend. Besuch der Mutter, gegen dieselbe freundlich, geht mit ihr im Park spazieren.

29. Januar 1894. Noch immer recht abweisend. Bedient sich sehr gewöhnlicher Ausdrücke. Springt und läuft umher, stellt sich auf das Fensterbrett, unzufriedene Stimmung. Schreibt einen sehr religiösen, doch ziemlich korrekten Brief an die Angehörigen und will unbedingt abgeholt sein. Zerstörungssüchtig. Anamnestisch gibt sie an, daß sie früher viel krank gewesen sei. Sie habe die Volksschule und 3 Jahre die Töchterschule besucht, aber wegen der heftigen Kopfschmerzen nicht besonders gut gelernt. Ihre Zeitangaben sind sehr ungenau. Sie weiß nicht, wie lange sie an einem Ort gewesen ist. Geisteskrank sei sie nicht, sie sei gescheidter wie alle andern, lacht vergnügt, erzählt ununterbrochen und incohärent. Sie höre hier die Beichte von allen Leuten, das habe sie nicht nötig, alle Leute sagen ihr die größten Sünden. Es gehe den ganzen Tag so. Sie sei schon mehr als einmal tot gewesen, der Teufel habe sie tot gemacht und Gott habe sie wieder ins Leben zurückgerufen. Recht ideenflüchtig und sehr leicht zu Zorn geneigt.

26. Februar 1894. Muß dauernd isoliert werden, da sie ungestüm und gewalttätig ist. Zerreißt die Kleider, als der Versuch gemacht wird, sie auf der Abteilung zu behalten. Völlig unzugänglich.

10. April 1894 In der letzten Zeit mitunter kurze melancholische Depressionen und weinerliche Stimmung. Beim Besuch des Bruders war sie sehr traurig, drängte sehr nach Hause, sagte demselben, sonst ginge es ihr gut, die Leute seien freundlich zu ihr.

5. Mai 1894. Ruhiges, untätiges Verhalten, seither nicht mehr stürmisch und gewalttätig, steht am Fenster, wendet sich auf Anrede unwillig ab oder gibt einsilbige Antworten. Schreibt einen Brief an die Mutter und bittet um Abholung.

10. Mai 1894. Von der Mutter abgeholt, drängt sehr fort, kann nicht erwarten, bis sie die Anstalt verlassen darf, gesprächiger, verabschiedet sich vom Arzt.

Sie hielt sich nach ihrer Entlassung bei der Mutter in W. auf. Im Mai war sie noch einige Wochen in deprimierter Stimmung, dann ist sie ganz normal gewesen bis 30. September 1894. Auf einem Spaziergang damals war sie anfänglich nicht auffällig. Auf dem Heimweg wurde sie ganz plötzlich aufgeregt. Zu Hause angekommen hat sie den ganzen Abend ausgelassen gelacht. Die folgenden 8 Tage hat sie abwechselnd stundenweise geweint, dann wieder gelacht, heftig geschrieen und geschimpft. Hallucinationen sind diesmal von den Angehörigen nicht bemerkt worden, auch trat keine Personenverkennung, die bei dem ersten Anfall eine große Rolle spielte, in Erscheinung.

8. Oktober 1894. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Würzburg. Status praesens entspricht dem der ersten Aufnahme.

17. Oktober 1894. Seit einigen Tagen ausgesprochen melancholisch, Nahrungsverweigerung. Es kostet Mühe, ihr die Nahrung einzugeben. Sie weint viel, geht nachts

aus dem Bett, klagt über Heimweh, scheint wieder in eine melancholische Phase überzugehen. Nach Werneck.

Bei der Aufnahme vermag sie über die letzte Zeit genaue Angaben nicht zu machen. Gibt zögernd Antwort und ist verschlossen.

18. Oktober 1894. Patientin antwortet nur widerwillig, es macht viel Mühe, einige Auskunft von ihr zu erlangen. Wenn sie gesund sei, wolle sie wieder heim. Kennt den Tag ihrer letzten Entlassung; sie habe der Mutter bei der Hausarbeit geholfen, den Grund ihrer Verbringung in die Klinik könne sie nicht genau angeben. Sie habe in die Kirche gehen wollen und sei aufgeregt gewesen. Patientin antwortet äußerst langsam, sie spricht mit leiser tonloser Stimme. Die Stimmung ist gedrückt, Kranke hat etwas Unentschlossenes, Passives in ihrem Wesen. Schmerzlich verstimmter Gesichtsausdruck.

22. Oktober 1894. Hat vor einigen Tagen das Eßgeschirr mit den Füßen zertrümmert. Verschlossen, sehr widerwillig. Beschäftigt sich nicht.

10. Dezember 1894. In den letzten Wochen keine merkbare Änderung. Kranke war zwar etwas weniger gewalttätig, doch noch äußerst reizbar und unzugänglich. Jede freundliche Ansprache ruft einen Zornausbruch bei ihr hervor.

20. Dezember 1894. Schlägt um sich, spuckt und wendet sich bei Anrede ab. Sitzt untätig auf dem Fensterbrett.

19. Januar 1895. Ist in den letzten Wochen etwas besser zu haben. Ist weniger stürmisch, wenn auch noch äußerst widerwillig, sobald sie angesprochen wird. Bleibt früh lange im Bett liegen.

26. Januar 1895. In den letzten Tagen wieder recht unzugänglich und reizbar.

6. Februar 1895. Der Zustand wechselt im allgemeinen. Hatte wieder einige recht nette Tage. War zugänglich und gab freundliche Antworten. Weigert sich, dem Arzt eine Hand zu geben, indem sie lachend sagt: „Sie haben

eine Frau und brauchen mich nicht". Eine mäßige erotische Erregung scheint mitunter vorhanden zu sein.

25. Februar 1895. Benehmen und Stimmung nicht wesentlich geändert, recht wechselnd, meist jedoch besonders abweisend.

3. April 1895. War die letzten Tage recht nett und freundlich. Schrieb einen ganz korrekten Brief an die Mutter. Heute ohne ersichtlichen Grund etwas verstimmt. Ging trotzdem mit in den Park spazieren. Lief nach den See und konnte von den Pflegerinnen kaum gehalten werden. Weint nachher, antwortet nicht.

17. April 1895. In letzter Zeit noch immer Stimmungswechsel, doch herrscht in den letzten Tagen die zufriedenere Stimmung vor. In ihrem Wesen recht unschlüssig und verschlossen. Bleibt gerne etwas im Bette liegen. Antwortet mitunter gar nicht und macht im allgemeinen einen recht schwachsinnigen Eindruck.

14. Juni 1895. Seit kurzer Zeit eine Verschlechterung. Die Kranke ist ängstlich, unschlüssig, weint viel, bleibt gerne im Bett. Schreibt einen recht unklaren Brief an ihre Mutter mit zweifellos melancholischen Ideen. Besuch der Mutter vor einigen Tagen hatte eine Verschlimmerung der Depression zur Folge.

18. Juni 1895. Recht verstimmt, traurig und lebensüberdrüssig, wünscht sich den Tod, erwischte gestern abend ein Tischmesser, wollte sich den Hals einschneiden. Wachzimmer.

28. Juli 1895. Noch immer ängstlich verwirrt, hat einigemale zugeschlagen, kniet am Boden, betet laut und inständig.

22. Juli 1895. Bleibt im Bett liegen, auf Anrede gibt sie fast nie Antwort, lächelt mitunter freundlich. Sieht blaß aus. Verdacht auf Onanie.

12. August 1895. Patientin wird genötigt aufzustehen, ist unbeschäftigt, sitzt teilnahmslos da, ist äußerst reizbar.

Schreit und schimpft oft ohne ersichtlichen Grund. Zerstörungssüchtig.

12. Oktober 1895. Recht energieloses Verhalten. Oft leichte Angstzustände. Erregungen mit läppischem Charakter treten passager auf. Zur Beschäftigung nicht heranzuziehen.

6. November 1895. Haltlos in ihrem Wesen, zu häufigem unmotivierten Stimmungswechsel neigend. Wegen Gewalttätigkeit öfters Isolierung nötig. Läppisches Wesen.

21. November 1895. Heute in sehr deprimierter Stimmung. Betet viel und bittet weinend, sie in die Kirche zu lassen.

21. Dezember 1895. Im Laufe der letzten Wochen sehr ängstlich, so daß sie auf Wachabteilung verlegt wurde. Spricht spontan fast nichts, gibt selten Antwort, betet oft laut vor sich hin und weint. Sieht blaß aus.

29. Dezember 1895. Noch immer auf Wachabteilung. Macht zeitweise einen stuporösen Eindruck, betet laut und viel und läßt sich durch nichts davon abhalten. Entblößt die Genitalien bei Anwesenheit des Arztes. Die Ängstlichkeit klingt ab.

11. Januar 1896. Noch immer zeitweise in ängstlicher Erregung, daneben treten zweifellos erotische Erregungen (hebt z. B. wiederholt in Gegenwart des Arztes die Röcke in die Höhe), dann wieder anhaltend betend. Läppisches haltloses Wesen. Zu einem geordneten Gespräch nicht mehr fähig. Scheint auch corpulent zu werden.

21. Juli 1896. Mitunter ist Patientin recht renitent und gewalttätig. Die Neigung, sich zu entkleiden, besteht unvermindert weiter. Gibt keine Antworten, unbeschäftigt.

19. Oktober 1896. Nach längerer Zeit gleichmäßigen Verhaltens wieder Zunahme der Erregung, so daß Isolierung nötig wurde. Steht oft nackt in der Zelle. Abweisend, ab und zu gewalttätig. Erst seit einigen Tagen wieder ruhiger, weicht immer noch jeder Anrede aus.

1897. Manchmal in großer Erregung mit motorischer

Unruhe und Lust zum Zuschlagen, muß daher in dieser Zeit immer für einige Tage isoliert werden. In der übrigen Zeit ist sie faul, unbeschäftigt, kindisch in ihrem Benehmen, erotisch zudringlich.

1898. Vollständig unbeschäftigt, an manchen Tagen in Erregung, schlägt dann gerne Fenster hinaus.

1899. Gibt keine Antworten, drängt sich an den Arzt und sucht dessen Hand zu ergreifen. Fast immer läppisch vor sich hinlachend, arbeitet nicht, hin und wieder drohende Haltung, sucht zuzuschlagen.

1900. Drängt sich mit lächelnder Miene an den Arzt heran und sucht dessen Hand zu küssen, kniet sich vor ihm zu Boden, entblößt sich oft am Fenster, wenn im Garten Männer beschäftigt sind. Ist im allgemeinen besser zu haben als früher.

1901. Unzugänglich, beschäftigungslos, sehr reizbar und manchmal aggressiv, schmiegt sich an den Arzt.

1902. Untätig im Saale herumstehend, sehr schlumpig im Anzuge, oft in Aufregung, zertrümmert gern Fensterscheiben.

1903. Verblödete Kranke, hin und wieder in leichter Erregung, dann wieder für längere Zeit zufrieden und heiter gestimmt, unbeeinflußbar, lächelt blöde vor sich hin, schwätzt zusammenhangloses Zeug von persönlicher Heiligkeit, unantastbarer Unschuld, Jungfräulichkeit.

1904. Liegt den ganzen Tag faul umher, ist zu einer sachlichen, sinngemäßen Unterhaltung nicht mehr fähig, in der Kleidung sehr nachlässig. Ihr im allgemeinen müßiges und harmloses Verhalten wird immer noch durch plötzlich auftretende Erregungszustände unterbrochen, in denen sie recht bösartig und gewalttätig wird. Mitunter sexuell erregt, beschäftigt sich an den Genitalien, zieht sich nackt aus und schmiegt sich an den Arzt. Nachts öfters unrein.

1905. Meist blödes, reaktionsloses Verhalten, erwidert alle Fragen nur mit einem stumpfsinnigen Lächeln. Zeitweise in heftiger Erregung, wird brutal gewalttätig, neigt

zum Demolieren. Nachts wiederholt mit Urin unrein, defäciert auf den Boden.

1906. Ganz blödes, einfältiges Mädchen, in sexualibus äußerst ungeniert. Nicht selten raptusartige Erregungen von stundenlanger Dauer.

1907. Wie seit Jahren der gleiche Wechsel zwischen stupidem blöden Dahinleben und acut einsetzenden Stunden bis Tage lang währenden Erregungsparoxysmen.

1908. Demente, unzugängliche Kranke, sehr zu Unreinlichkeit geneigt, in den Stunden paroxysmaler Erregung isoliert.

1909. Unrein, stuporös, schmiert mit Kot, öfters aggressiv.

1910. Hockt zusammengekauert umher, lächelt, wenn man sie anspricht, oft enorm reizbar, reagiert auf Ansprache mit Faustschlägen.

1911. Reizbar und unverträglich, öfters im Dauerbad oder isoliert, da unvermutet gewalttätig. Unrein.

1912. Verharrt andauernd im Stupor, liegt regungslos mit grinsendem Gesichtsausdruck im Bett, öfter unrein. Plötzliche Wutausbrüche und gewalttätige Angriffe auf Umgebung.

1913. Im Verlaufe einer Rauferei zog sich die Kranke eine Durchtrennung eines Augenmuskels zu. Strabismus. Nach Lohr.

Persönliche Untersuchung: Völlig verblödete Kranke, die zusammenhangloses Zeug vor sich hinmurmelt, gibt nie Antwort, ist unrein, schmiert mit Kot. Im Garten liest sie Steine auf, reißt Gras heraus, steckt allen möglichen Unrat in Mund und Nase. Im Saale kauert sie am liebsten in einem düsteren Eck oder kriecht unter den Betten und Tischen herum, sucht die Schuhe von anderen abzulecken und zu küssen. Heftige Erregungsparoxysmen kamen seither nicht zur Beobachtung.

Epikrise.

Die erblich in keiner Weise belastete Kranke, die schon

als Schülerin stets verschlossen, wechselnd in Stimmung war und etwas mit Kopfweh zu tun hatte — vielleicht Folge der überstandenen Meningitis — verliert mit 18 Jahren auf 6 Wochen die Sehfähigkeit zuerst des einen und dann beider Augen. Diese „Erblindung“ wiederholt sich fünfmal. Ein Jahr nach ihrem Eintritt in ein Pariser Kloster erkrankt sie dann mit tiefer Depression, hält sich für den Teufel. Dann wechseln ein Jahr lang Zeiten der Heiterkeit mit solchen tiefer Traurigkeit ab, ohne daß sie jedoch bei ihrer Umgebung Anstoß erregt und in der Betätigung im Haushalte ihrer Mutter besonders gehindert wird. In dieser Zeit treten aus vollem Wohlbefinden „Ohnmachten“ auf, nach denen die Kranke über heftigen Kopfschmerz klagt. $1^1/_2$ Jahr nach der 1. Depression kommen sehr störende Aufregungszustände zur Beobachtung. Sie tobt und schreit, halluziniert, verkennt Personen, ist ideenflüchtig und geschwätzig. Sie wird äußerst gewalttätig und muß nach 2 Monaten noch als recht ideenflüchtig bezeichnet werden. Allmählich tritt eine ruhigere, weinerliche Stimmung in Erscheinung, Patientin drängt nach Entlassung. Nach 5 Monaten kann sie von der Mutter abgeholt werden. Zuhause ist sie 5 Monate ganz ruhig und ordentlich, bis sie unerwartet wieder mit ausgelassener Heiterkeit erkrankt. Im weiteren Verlaufe lacht und weint sie abwechselnd, schimpft und schreit, Personenverkennung besteht nicht. Der Gesamteindruck der Stimmung ist ein melancholischer. Im Laufe einiger Monate schwindet die Depression, Patientin wird unzugänglich, reizbar, neigt zu Zornausbrüchen, hat aber ab und zu recht nette Tage. Nach einiger Zeit kommt noch einmal ein tieferer Depressionszustand zur Beobachtung, wo die Kranke unschlüssig und lebensüberdrüssig ist, viel weint und ein paar ernstliche Selbstmordversuche macht. In dieser Phase sind jedoch schon Anzeigen starker Defekte bemerkbar. Nach 3 Monate langer Dauer wechseln passagere Erregungen mit passageren Depressionen ab. Kranke wird zugleich hochgradig erotisch, entblößt sich schamlos, wird

gegen die Ärzte zutraulich und aufdringlich. Ferner macht sie immer mehr einen stuporösen Eindruck, wird sehr unreinlich, wird triebartig gewalttätig, um schließlich völlig blöde ihr Dasein zu fristen. Jetzt kriecht sie auf allen Vieren viel auf dem Boden herum, sammelt allen möglichen Unrat, ist in hohem Grade unrein und zu keiner einigermaßen geordneten Aussprache mehr imstande.

Der Fall, der zuerst als zirkuläres Irresein diagnostiziert wird, endet mit einem typischen katatonen Verblödungszustand. Die maniakalischen Symptome haben getäuscht. Die „Erblindungen“ sind vielleicht Folge lokaler vorübergehender Hirnschwellungen gewesen (*Reichardt*). Die Ohnmachten sind sicher Zeichen der Dementia praecox. Auch der rasche, jähe Wechsel der Stimmung ist für letztere Diagnose zu verwerten. Bei der 2. Einlieferung ist der Zustand der einer Depression bei Dementia praecox. Ein Irrtum ist kaum möglich; und der Ausgang in völlige Verblödung bestätigt die Diagnose.

Fall IV.

Sch. M., geboren am 6. Dezember 1880, ledige Landwirtstochter. Vater der Patientin lebt, er soll sehr nervös sein, da er öfters aufgeregt und leicht reizbar ist. Mutter ist an einer Leberkrankheit gestorben, soll geistig normal gewesen sein. Es sind überhaupt weder in der Familie des Vaters noch der Mutter Geisteskrankheiten beobachtet worden. Die 5 Geschwister der Patientin zeigen keine Geistesstörungen, auch sind weder bei der Patientin, noch bei ihren Geschwistern Krämpfe aufgetreten.

Patientin hat in der Schule ziemlich gut gelernt, sie war fleissig, hat aber kein Talent gehabt. Bis vor ca. 4 Wochen ist an der Patientin nichts Abnormes aufgefallen. Seit dieser Zeit kränkelt sie, klagt über Kopfschmerzen und ist zuweilen aufgeregt. Sie spricht zwar nicht viel, aber aus ihren Reden merkt man, daß sie nicht „hell im Kopfe ist“. Hauptsächlich hatte sie viel von der Kirche

und vom Beten geredet. Auch nachts hatte sie immer das Gebetbuch bei sich und betete, statt zu schlafen. In den letzten Tagen hatte sie „Anfälle“ gehabt. Sie zitterte am ganzen Körper und man mußte sie festhalten. Sie hat auch viel geschrieen und geweint, in der Nacht wenig geschlafen. In der letzten Nacht steigerte sich der Aufregungszustand noch bedeutend. „Ihre eigenen Leute hat sie nicht gemocht, hat auf sie geschimpft“. Auf dem Transport in die Klinik war sie ruhig, da man ihr vorgab, ihrem Wunsche entsprechend wolle man sie aufs „Käppele“ bringen.

Psychiatrische Klinik in Würzburg, 9. Juli bis 2. September 1906. Normale Größen- und Gewichtsverhältnisse. Innere Organe ohne Befund. Reflexe sind normal.

Patientin hat eine näselnde Sprache, doch läßt sich keine Untersuchung durchführen, ob der Grund hierfür ein organisches Leiden ist, da Patientin sehr unruhig und widerstrebend ist. Aus letzterem Grunde ist auch die Untersuchung des psychischen Zustandes erschwert, da Patientin trotz Stimulation nur kurze Antworten gibt. Sie erwidert stets in stereotyper Weise: „Ich sag's nicht, Sie wissen's besser“. Trotzdem läßt sich mit Bestimmtheit behaupten, daß Patientin über mäßige Kenntnisse verfügt, aber sowohl zeitlich als örtlich gut orientiert ist. Auch über ihre persönlichen Verhältnisse ist sie vollständig im Klaren. Gedächtnislücken lassen sich nicht nachweisen. Neben ihrer starken Widerspenstigkeit zeigt Patientin motorische Unruhe, die sich in fortwährendem Gezappel und unmotivierten Handbewegungen kundgibt. Über ihre Krankheit äußert sie nur soviel, daß sie hat sterben müssen, weil sie so schlecht war. Mehr läßt sich aus ihr trotz der größten Bemühungen nicht herausbringen, sie meint, jetzt habe sie soviel gesagt, jetzt dürfe sie nie reden. Im Anfange ihres Aufenthaltes war Patientin sehr unruhig, später beruhigte sie sich und verhielt sich geordnet, wenn auch die motorische Unruhe nicht vollständig gewichen ist. Einen Rededrang und Ideenflucht hat Patientin nie an den Tag gelegt, im Gegenteil,

sie war sehr zurückhaltend mit ihren Antworten und widerspenstig. Sie zeigte außerdem große Furcht, denn fortwährend wollte sie die Schwestern um sich haben, damit ihr nichts passieren könne.

2. September 1906. Patientin war in letzter Zeit völlig ruhig geworden und konnte auf den ruhigen Saal verbracht werden. Aufregungszustände traten nicht mehr auf. Patientin legte aber große Furcht an den Tag, sie ängstigte sich ununterbrochen, es könnte ihr jemand etwas Böses antun und sie müsse sterben. Die Sprache war noch immer näselnd, doch konnte man auch jetzt nicht zu einem bestimmten Urteil kommen, ob eine organische Erkrankung vorliegt. Ihr Benehmen war nicht das einer geistig völlig Normalen. Sie drückte sich überall herum, floh, wenn man sie ansprach, auch konnte man von ihr keine vernünftige Antwort erhalten. Sie machte einen mäßig dementen Eindruck. Ob sie schon von Haus aus idiotisch ist, kann nicht entschieden werden. Patientin wird am 2. September 1906 nach Hause entlassen.

II. Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik zu Würzburg vom 12. November 1908 bis 18. Januar 1909. Patientin wird heute zum zweitenmale in die Klinik gebracht. Zu Hause war sie nach ihrer Entlassung ganz ordentlich gewesen, bis vor einigen Wochen. Seit dieser Zeit ist sie sehr unruhig, weint und lacht bunt durcheinander, führt verwirrte Reden. Zur Arbeit zeigt sie keine Lust und ist auch nicht für ganz leichte Arbeiten zu verwenden.

Das Körpergewicht hat sich zuhause von 50 kg auf 56 kg gehoben; sie tritt ein mit einem Quotienten von 2,8 bei 156 cm Körpergröße.

In der Klinik ist Patientin sehr aufgeregt und unruhig. Sie singt und lacht bunt durcheinander. In ihren Reden ist eine ausgesprochene Ideenflucht zu bemerken. Dabei macht sie alle möglichen unmotivierten Hand- und Armbewegungen. Auch schmiert sie mit Kot und hält sich sehr unrein. Sie muß meist im Bad gehalten werden. Bei

der Nahrungsaufnahme macht sie keine größeren Schwierigkeiten. Sie ist in Bezug auf Zeit, Ort und Person vollkommen desorientiert. Vereinzelt machen sich auch Sinnestäuschungen bei ihr bemerkbar.

Während der Transferierung nach Werneck sprach sie in unzusammenhängender Weise, beschimpfte ihre Begleitung, war voller Unruhe, entkleidete sich bis aufs Hemd, zerriß die Untertaille und suchte sie zum Fenster hinauszuwerfen.

Bei der Aufnahme geht sie im Zimmer auf und ab, ist kaum zu fixieren, redet mit heiserer Stimme, hält den Kopf in einer eigentümlichen Haltung (nach rückwärts gebeugt). Die Lippen sind sehr trocken, während der Ernährungszustand anscheinend nicht reduziert ist. Folgt nur widerstrebend auf Wachabteilung.

19. Januar 1909. Ist motorisch sehr erregt, tollt im Saal umher, gestikuliert und grimassiert, stößt unverständliche Laute aus, läßt sich durch Zurufen kaum beeinflussen und lenken. Pupillenreaktionsprüfung erschwert durch das unruhige, z. T. negativistische Verhalten der Kranken; sie kneift beständig die Augen zu, sucht sich dem Arzte zu entziehen, gibt auf Befragen nach Personalien keinen Aufschluß. Dem Charakter der zerfahrenen, unmotivierten, zwecklosen und unsinnigen Bewegungen und Lautbildungen nach zu schließen, scheint es sich um eine katatonische Erregung zu handeln.

25. Januar 1909. Bisher in ständiger Erregung und hochgradiger motorischer Unruhe, tollt mit gelösten Haaren im Saale umher, springt über Tisch und Bänke, spricht lebhaft gestikulierend an die Wand hin. Patientin ist so heiser, daß man kein Wort verstehen kann, andererseits läßt sie sich nicht festhalten, sucht beständig zu entweichen und ist durch Zurufen nicht zu fixieren.

28. Januar 1909. Durch ihre hochgradige (manische?) Erregung und ihr ständiges Schwatzen und ihre lebhaften Gesten recht störend für ruhige Kranke der Abteilung.

1. Februar 1909. Noch in unveränderter motorischer Erregung und beständiger Redseligkeit. Ist immer noch ziemlich heiser, so daß ihre sprachlichen Äußerungen nicht recht zu verstehen sind und es somit noch unmöglich ist, zu entscheiden, ob es sich um eine manische Ideenflucht oder eine psychische Verworrenheit im Sinne einer Katatonie handelt. Gewisse Haltungsstereotypien, wie starkes Zurückwerfen des Kopfes in den Nacken, lassen eher auf katatonen Charakter der Erkrankung schließen.

8. Februar 1909. Wird etwas ruhiger, ist aber psychisch noch ganz verworren, unfixierbar, gestikuliert beständig, heitere manisch angehauchte Stimmung.

15. Februar 1909. Steigt noch immer über Tisch und Bänke, bestreicht die Wände mit den Händen, spricht beständig in unverständlicher Weise, läßt sich nicht fixieren, weicht beim Versuch, sie anzuhalten, beständig aus. Stets heitere, mutwillige Stimmungslage.

25. Februar 1909. Kranke bietet noch das Bild psychischer Verworrenheit, gepaart mit lebhaftem Bewegungsdrang und Neigung zu unsinnigen, zwecklosen Handlungen, heitere, exaltierte Gemütsstimmung.

2. März 1909. Keine Änderung des Krankheitsbildes.

20. April 1909. Bei Tag und Nacht motorisch erregt und sehr lärmend. Vor einigen Tagen mußte sie isoliert werden. In der Zelle schmierte sie mit Kot und zerriß ihre Kleider. In dem Bilde der Krankheit treten katatonische Züge immer stärker hervor. Die Kranke hält den Kopf stets auf die linke Schulter geneigt, schaut immer starr nach oben, blinzelt mit den Augen und grimassiert stark.

15. August 1909. Ganz gleiches Verhalten. Spricht viel in abgerissenen Sätzen, agiert lebhaft mit den Händen, schreit zum Fenster hinaus, steigt auf Tisch und Bänke, hält den Kopf nach rückwärts und gegen die linke Schulter geneigt, blinzelt mit den Augen, verzerrt das Gesicht.

20. September 1909. Im allgemeinen ruhig, hockt mit schiefer Kopfhaltung und unter beständigem leichten Grimas-

sieren am Tisch, gibt nur langsam und nach öfterem Fragen Antwort, scheint die Fragen nicht aufzufassen, ist örtlich desorientiert, zeitlich nur mangelhaft orientiert, nimmt keinen Anteil an den Vorgängen in der Umgebung, zeigt keine tiefere gemütliche Regung, ihren Äußerungen fehlt sowohl die innere wie äußere Assoziation. Dieselben werden mit undeutlicher Stimme schnell herausgestammelt, zwischen den einzelnen Sätzen erfolgen lange Pausen.

15. Januar 1910. Seit kurzer Zeit wieder in stärkerer Erregung, tanzt im Saale, lacht, spricht wirr durcheinander.

10. März 1910. Ist ruhiger, führt aber völlig verwirrte Reden. Maniriertes Verhalten in Sprache und Gebärden, löst die Haare auf, flicht sie zu lauter kleinen Zöpfchen, hält den Kopf unnatürlich in den Nacken zurückgebeugt, das Gesicht ist stets zu einem widerlichen Grinsen verzerrt.

4. Juli 1910. Seit Anfang Mai fast völlig ruhig, arbeitet fleißig, geht täglich zur Feldarbeit, ist aber ohne Initiative, hat keine höheren Interessen, ist gemütlich stumpf, gibt konfuse Antworten, hält sich steif, den Kopf geneigt, grimassiert fast immer leicht. Wahnideen bestehen nicht; Patientin spricht oft nachts längere Zeit verwirrtes Zeug vor sich hin.

25. November 1910. Manisiert in ihren Bewegungen. Seit Anfang dieses Monats leicht erregt, murmelt viel konfuses Zeug vor sich hin, arbeitet aber noch fleißig, gemütlich ganz stumpf.

15. Januar 1911. Wird immer weniger zugänglich, lächelt grimassierend, wenn man sie anspricht, redet ungereimtes Zeug, spricht maniriert, hat immer eine unnatürliche Kopfhaltung.

20. April 1911. Ende März 3—4 Tage lehaft, verweigerte die Arbeitsleistung, ging vor sich hinschimpfend im Saale auf und ab.

30. Juli 1911. Geht mit zur Feldarbeit. Verursacht zur Zeit keinerlei Störung. Führt vielfach Selbstgespräche.

5. Februar 1912. Zerfahrenes Wesen, verrichtet aber gewissenhaft die ihr aufgetragenen Arbeiten, unterbricht ihre Tätigkeit häufig, um zwecklose absonderliche Bewegungen auszuführen.

10. Mai 1912. Schimpft manchmal laut vor sich hin oder hält Zwiegespräche, offenbar auf Grund von Gehörstäuschungen, gleichgültig und ohne Initiative.

2. November 1912. Arbeitete wieder fleißig, ist ganz still geworden. Heute Überführung nach Lohr.

Oktober 1913. Patientin geht meistens mit zur Küche, verrichtet die ihr aufgetragenen Arbeiten gewissenhaft. Sie ist aber ohne jegliche Initiative, läßt sich immer etwas zur Arbeit drängen. Sitzt am liebsten untätig, den Oberkörper etwas nach vorn gebeugt, still da, läßt sich nicht gern in ein Gespräch ein. Höhere Interessen gehen ihr völlig ab. Sie nimmt keine Zeitung oder ein Buch zur Hand, äußert keinen Wunsch. Bleibt hie und da von der Arbeit weg, schützt allerlei Schmerzen vor. Das Orientierungsvermögen ist erhalten, die intellektuellen Kenntnisse sind sehr gering. Wahndieen und Sinnestäuschungen kommen nicht zur Beobachtung.

Persönliche Untersuchung: Kranke sitzt in zusammengekauerter Haltung untätig umher, maskenartiger Gesichtsausdruck, Grimassieren und Zwinkern mit den Augenlidern. Sehr wortkarg, bei Stimulation gerät sie in leichte ängstliche Erregung. Neigt zu Lebensverneinung. Äußert bei objektivem körperlichen Wohlbefinden, hinfällig und elend sich zu fühlen, glaubt keinen Puls mehr zu haben. Willenssperrung. Kurz dauernde Schwindelanfälle.

Epikrise.

Die erblich belastete, körperlich gut entwickelte Kranke, die mittelmäßig veranlagt ist, erkrankt plötzlich mit Unruhe, trauriger Verstimmung und Angstparoxysmen. Sie äußert Versündigungsideen, ist furchtsam und negativistisch. Allmählich wird sie ruhig und kann nach 2 Monaten

entlassen werden. Sie ist daheim über 2 Jahre ganz gesund, erkrankt dann plötzlich mit starker Erregung, weint und lacht, ist verwirrt, desorientiert, verkennt die Personen, ist ausgesprochen ideenflüchtig, hat starken Bewegungsdrang, ist unrein und schmiert. Bald beherrschen aber zwecklose Handlungen, Lautbildungen, stereotype Haltungen das Krankheitsbild. Nach einigen Wochen treten noch einmal die manischen Symptome, Ideenflucht etc. in den Vordergrund, die Stimmung wird manisch heiter. Nach weiteren 3 Monaten starke Erregung mit ausgesprochenen katatonen Symptomen (Kopfhaltung, Grimassieren). Die heitere Stimmung und starke Erregung wechseln noch einigemal, bis Mai 1911 die Kranke ganz ruhig wird. Sie ist unzugänglich, maniriert in Reden und Handlungen, grimassiert stark. Manchmal schimpft sie auch oder führt Selbstgespräche auf Grund von Gehörstäuschungen. Gemütlich ist sie ganz stumpf, in ihrem Wesen verschroben und zerfahren. Seit Dezember 1912 ganz still, sitzt am liebsten vornüber geneigt unbeweglich da. Ohne jede Initiative, läßt sich zur Arbeit immer antreiben. Alle höheren Interessen gehen ihr völlig ab. Sinnestäuschungen fehlen.

Die Patientin ist also zuerst unter dem Bilde einer Melancholie erkrankt, die aber doch schon Symptome der Dementia praecox bot, so den Negativismus und die Flucht bei Ansprache. Nach einer 2jährigen Remission Rückfall unter dem Bilde einer Manie mit wechselnden Zustandsbildern, die mit der Zeit immer ausschließlicher der Dementia praecox entsprachen. Endlich rascher Schwund der ganzen geistigen Persönlichkeit. Auch hier waren von Anfang die Stereotypie, der rasche Wechsel zwischen Lachen und Weinen für die Diagnose Dementia praecox zu verwerten. Die Erregungen sind jetzt wohl sicher als katatone aufzufassen. Die jahrelang festgehaltene Diagnose Manie-Melancholie mußte endgültig zu Gunsten der Diagnose Dementia praecox aufgegeben werden.

Fall V.

B. A., geboren 13. Juli 1863, Tischlersfrau. Der Vater lebt und ist gesund, die Mutter ist an einem Herzleiden gestorben, der Bruder ist im Alter von 24 Jahren an einem Hirnleiden, welches vom „Ohre ausgegangen ist und auf den Unterleib überging", gestorben. Ihr 3jähriges Kind hat im ersten Lebensjahr viel an Krämpfen gelitten. Sie selbst ist seit vier Jahren verheiratet und wird von ihrem Ehemann als etwas eigensinnig und leicht erregbar geschildert; auffällige Symptome einer geistigen Störung hat sie jedoch bis vor 8 Tagen niemals gezeigt. Vor 14 Tagen verlor sie kurz hintereinander zwei Kinder: das 2jährige starb an Lungenentzündung, das 14tägige an mangelhafter Ernährung mit Krämpfen. Die ersten 8 Tage nach dem Tode des Säuglings war die *B.* in einem Zustand stiller Traurigkeit, welcher nichts Krankhaftes an sich hatte. In der zweiten Woche fing sie an, viel zu beten und die Namen ihrer verstorbenen Kinder oft zu rufen.

Dazu kamen Vorstellungen gehäuften Familienelends. Sie nahm z. B. eines Morgens ihr lebendes Kind unter den Arm und flüchtete damit in die Nachbarstube, weil ihr Mann einen Revolver in der Hand habe und sich erschießen wolle; ihr Kind müsse gerettet werden.

Endlich traten Verfolgungswahnideen hervor, verbunden mit Hallucinationen; sie sieht den bösen Feind, der sie verfolgt. Am 17. ds. Mts. fängt sie an, laut zu singen und zu toben. Ihr Mann bringt sie an den Gliedern gefesselt in die psychiatrische Klinik zu Würzburg.

19. April 1891. Körperlich normal. Bei der Aufnahme sehr unruhig. Schreit häufig die gleichen Worte vielmals hintereinander z. B. „Vater, Pabst, die rechte Hand." Nachts sehr unruhig, stellt sich im Bette auf, wirft die Kissen herum, schreit und gestikuliert.

20. April 1891. Gestern den größten Teil des Tags heftig tobend, nachts schreit sie von einem Kampfe, in dem sie siegen müsse. Schreit die ganze Nacht fort, verletzt

sich am Auge durch Stoß gegen die Bettstelle. Ist ganz heiser vom vielen Schreien.

29. April 1891. In den letzten Tagen im Wesentlichen unverändert. Wechsel zwischen heftigen Tobsuchtsparoxysmen und ruhigen Zuständen der Erschöpfung.

30. April 1891. Überführung nach Werneck.

Auf dem Wege dorthin unrein, bei der Aufnahme unzugänglich und verwirrt.

1. Mai 1891. Verwirrt und unruhig, schreit einzelne Worte und Redensarten, rutscht am Boden umher, gegen körperliche Untersuchung widerstrebend, schreit laut auf.

1. Juni 1891. Verwirrt, unzugänglich, bei Untersuchung eines Abscesses heult und schreit sie.

28. Juli 1891. Gar keine Besserung, unnahbar, explosiv und grob, trägt festes Kleid.

21. August 1891. Muß Nachts häufig isoliert werden, hat wenig Ruhe, trägt festes Kleid, spektakelt viel, treibt allerlei Unfug, läßt sich nicht fixieren, will die Lampen herunterreißen und die Kleiderschränke umwerfen.

1. September 1891. Entkam aus dem fehlgeschlossenen Tore des Abteilungsgartens, durchwatete den See, verlor die Schuhe und Strümpfe, hat sich baden wollen.

12. Oktober 1891. Ganz verwirrt, höchst gewalttätig und unruhig. Jede Nacht isoliert.

20. November 1891. Mutwillig, gewalttätig, entkleidet sich öfters. Wird am 30. November versuchsweise geholt.

Nach ihrer Entlassung soll sie ganz in Ordnung gewesen sein. Nach einem Partus neuerliche geistige Erkrankung, sie blieb aber noch 4 Jahre zuhause und wurde von ihrem Manne mißhandelt. Es bestand der Verdacht, daß sie den Tod eines ihrer Kinder in dieser Zeit verursacht hat.

Am 18. Dezember 1896 wurde sie in furchtbar verwahrlostem Zustande in die psychiatrische Klinik zu Würzburg eingeliefert. Sie entwickelte hier einen

ungeheueren Appetit, war blödsinnig und zeitweise etwas aufgeregt. Heftigere Erregungen kamen nicht vor.

22. Januar 1897. Überführung nach Werneck. Gibt korrekte Antworten, erweist sich orientiert über Ort, Zeit und Umgebung, ihre häuslichen Verhältnisse, weiß, daß sie vor 5 Jahren hier war, hält sich nicht für krank. Dem Gesichtsausdruck nach trägt sie ein verschlossenes mürrisches Wesen zur Schau.

6. März 1897. Ist größtenteils ruhig, sitzt untätig herum, gibt oft Tage lang keine Antwort und keinen Laut von sich. Vor einigen Tagen war sie für kurze Zeit in Erregung, wurde gewalttätig, entkleidete sich, leckte plötzlich den Auswurf einer anderen Kranken auf. Sonst ruhiges, untätiges blödsinniges Verhalten.

Juli 1897. Meist ziemlich ruhig, an manchen Tagen aber sehr aufgeregt und dann gegen die Umgebung aggressiv.

1898. Vollständig untätig, an manchen Tagen erregt, zu Tätlichkeiten aufgelegt, unzugänglich.

1899. Durch Schreien und Spektakeln oft recht störend. Gestikuliert mit den Händen, scharrt mit den Füßen, speit und schreit gegen ihre Hallucinationen, völlig unzugänglich, öfter gewalttätig.

1900. Starker Hang zu Unreinlichkeit, recht schlumpig in der Kleidung. Oft stundenlang durch lautes Schreien und Schlagen auf den Boden störend. Gibt nie Antwort.

1901. Das psychische Verhalten der Patientin hat sich nicht geändert. Sie ist meist in sehr gereizter Stimmung. Kauert in irgend einer Ecke im Saale und ist nur mit sich selbst beschäftigt. Antworten werden keine gegeben. Die Kranke scheint unter dem Einfluß ständiger Sinnestäuschungen zu stehen. Sie schlägt und stampft mit aller Gewalt auf den Boden, schimpft gegen die vermeintlichen Angreifer, wirft mit irgendwelchen Gegenständen, die sie gerade in die Hände bekommt, nach ihren Peinigern. Tag und Nacht unrein. Gegenüber einer Exploration verhält sich die Kranke vollständig negativ.

1902. Die Kranke kauert immer in einer Ecke am Ofen des Abteilungssaales am Boden, ist vollständig unzugänglich, gerät auf Grund von Sinnestäuschungen öfters in Erregung, schreit, schimpft, lärmt in furchtbarer Weise, wird gewalttätig. Beim Ansprechen lacht sie blöde vor sich hin.

1903. Patientin gibt nie Antwort, verhält sich völlig unzugänglich und unbeeinflußbar, sitzt ständig mit gereiztem mißmutigen Gesichtsausdruck untätig im Saale, hält sich in Kleidung und Körperpflege recht nachläßig, Reinlichkeit wird nicht beobachtet, öfters auf Grund von Sinnestäuschungen erregt, schreit laut, lärmt, mitunter aggressiv, so daß Isolierung nötig wird.

1904. Auf Grund von Sinnestäuschungen in steter latenter Erregung, die fast täglich einmal zur Explosion kommt.

1905. Ständig in eine Ecke gekauert, sie sammelt allerlei Unrat und legt ihn in kleinen Häufchen zusammen. Abweisendes, trotziges Verhalten. Halluziniert, wird dann sehr erregt und greift unvermittelt an. Häufig unrein.

1906. Stabiles Krankheitsbild: lebhafte Halluzinationen des Gesichtes und des Gehöres; stets in abweisender, unzugänglicher Stimmung. Neigung zu brutaler Gewalttätigkeit. Äußerst gereizter, zorniger Gesichtsausdruck.

1907. Nach wie vor unzugänglich, unlenksam und untätig, periodisch erregt und explosiv gewalttätig.

1908. Absolut unverändertes Verhalten, wie in vorstehenden Einträgen geschildert ist.

1909. Verharrt entweder in stuporösem Zustande, kümmert sich nicht um ihre Umgebung, hockt zusammengekauert am Boden, hat die Röcke über den Kopf geschlagen oder sie schimpft und ist sinnlos gewalttätig.

1910. Keine Änderung. Unnahbar wegen ihres gewalttätigen Verhaltens.

1911. Ständig zu Bett, äußerst rohes Wesen, ohne

jede Spur geistigen Lebens, verrichtet ihre Bedürfnisse neben dem Bette auf den Boden.

1912. Anhaltender Stupor. Springt in unbewachtem Augenblicke aus dem Zimmer, läuft im Hemd auf dem Gange herum, fällt Personen, die ihr in die Nähe kommen, mit wütendem Geschimpfe an. Am 23. November nach Lohr.

1913. Patientin ist psychisch ziemlich verblödet, steht ruhig in einer Ecke, lacht für sich, gibt auf Fragen keine Antwort, untätig, Erregungen treten selten auf. Ab und zu unrein.

Persönliche Beobachtung: Verblödeter Gesichtsausdruck, untätiges stumpfes Verhalten, lächelt auf Anfrage einfältig, lispelt unverständlich vor sich hin. Seltene geringgradige Erregungen. Nachts unrein.

Epikrise.

Die nicht erblich belastete Patientin erkrankt im Alter von 27 Jahren nach dem rasch auf einander erfolgten Tod von 2 Kindern mit trauriger Verstimmung. Sie betet viel und wird von Vorstellungen gehäuften Familienelends geplagt. Sie halluziniert stark und hat im Anschluß daran Verfolgungsideen, sieht oft den Teufel. Sie wird dann sehr unruhig, singt und tobt. Es treten Stereotypien im Reden auf, in Form von Wortwiederholungen. Kranke ist völlig verwirrt, desorientiert, gewalttätig, demoliert und zerreißt. Nach $^3/_4$ Jahren Beruhigung, Patientin wird nach Hause entlassen.

War etwa 3 Jahre ganz geordnet. Dann tritt im Anschluß an ein Wochenbett die geistige Störung wieder in Erscheinung. Patientin bleibt aber in diesem Zustande noch 4 Jahre zuhause, um dann ganz verwahrlost wieder in die Klinik eingeliefert zu werden. Nach Werneck verbracht, zeigt sie sich völlig orientiert und erteilt sachgemäße Auskunft. Es treten jedoch schwere Intelligenzdefekte zu Tage. Ist blödsinnig, zuweilen unruhig. Sie wird bald

ganz unzugänglich, äußerst reizbar und gewalttätig, halluziniert. Nach 14 Jahren tritt völlige Beruhigung ein, sie steht nur still in der Ecke und lacht, ist aber weniger unzugänglich als früher. Manchmal ist sie leicht aufgeregt auf Grund von Gehörstäuschungen.

Auch in diesem Falle wurde im Hinblick auf die depressiven, bezw. manischen Symptome die Diagnose auf circuläres Irresein fälschlich gestellt. Die Stereotypien, das Zerreißen und Demolieren bei wenig ausgeprägtem manischen Symptomenkomplex hätten schon damals zur Diagnose Dementia praecox veranlassen sollen. Die Remission ist auch nur mit großem Vorbehalt als Heilung anzusprechen, das Recidiv mit relativ rasch einsetzender totaler Verblödung beweist mit evidenter Sicherheit den Charakter der Krankheit als Dementia praecox.

Fall VI.

H. K., geboren am 10. August 1855, Stationsdienerswitwe. Vater und Mutter sind gesund und kräftig, die Geschwister sind gleichfalls gesund und zeigen keine Anlagen zu Nervenerkrankungen. Als Kind und später war die Kranke gesund, gut begabt, genoß eine ländliche Erziehung, war bis zu ihrer Verheiratung im elterlichen Hause, zeigte sich gutmütig und fleißig. Mit 22 Jahren machte sie einen Typhus durch, genaß vollständig. Heiratete mit 23 Jahren. Die Ehe war eine gute, aber nur von kurzer Dauer. Nach 1 Jahre erkrankte der Mann an einem Lungenleiden. Damals befand sich die Kranke gerade im Wochenbett. Darüber erschrack sie derart, daß sie nach ungeheurer Aufregung in Melancholie verfiel. Sie kümmerte sich um nichts, selbst nicht um ihr Kind, stierte auf einen Platz, zeigte stets Furcht und Angst, war schlaflos und gab auf Fragen keine Antwort. Sie sprach ständig von Hexen und Verhextsein, sah tagelang nur auf einen Punkt, sprach spärlich und langsam. Dieser Zustand besserte sich allmählich insofern, daß sie wieder ausging und auch wieder etwas

arbeitete; allein sie beschäftigte sich immer mehr mit sich selber, vermied jeden Umgang mit Leuten und arbeitete auch nur nach eigenem Kopfe. Sie ging sehr viel zur Kirche. Der Tod ihres Mannes trat im Dezember 1880 ein. Im Anschluß daran stellte sich eine Verschlimmerung im geistigen Befinden der Kranken ein. Sie überhäufte ihre Umgebung mit Vorwürfen, weil man sie von ihrem Mann getrennt habe. Im Frühjahr wallfahrte sie nach W., weil ihr verstorbener Mann ihr erschienen sei und sie dazu aufgefordert habe. Während des Gottesdienstes stellte sie sich damals an den Altar hinter den Priester und machte alle Bewegungen desselben nach, so daß sie aus der Kirche entfernt werden mußte. Seit dieser Zeit suchte sie immer in der Kirche zu bleiben, brachte alles, was ihr zugänglich war, untereinander, deckte Altäre ab, verwechselte Paramente und war nur mit Gewalt aus der Kirche zu bringen. Es stellte sich Nahrungsverweigerung ein. Triebartig trug sie, was sie bekommen konnte, von zuhause fort in andere Häuser oder verschenkte es. Sie kannte weder den Wert des Geldes noch sonst eines Gegenstandes. Das Essen brachte sie oft den armen Leuten, die sie auch sonst pflegte. Das Verhalten wechselte: mehrere Tage war sie ruhig und ordentlich, dazwischen wieder unzufrieden, mürrisch, schimpfte, duldete keinen Widerspruch und neigte zu Gewalttätigkeit. Es erfolgte deshalb am 24. Januar 1882 ihre Überführung nach Werneck.

Bei der Aufnahme war die Kranke etwas wortkarg und verschlossen, gab aber auf öfteres Befragen rasch und korrekt Antwort. Patientin ist mittelgroß, kräftig gebaut, mäßig gut genährt, von gesunder Haut- und Gesichtsfarbe. Schädel nicht abnorm. Pupillen gleich weit, von gleichmäßiger Reaktion. Gesichtsausdruck traurig.

28. Januar 1882. Ruhig, traurig verstimmt, sitzt abseits, beschäftigt sich etwas, spricht aus eigenem Antriebe wenig oder gar nichts, gibt auf öfteres Befragen einige dürftige Antworten, ißt sehr wenig, verweigert seit gestern

die Nahrungsaufnahme auf Grund religiöser Wahnideen, müsse fasten, ihren Körper abhärten, bleibt länger in der Kirche.

5. Februar 1882. Wird freier, heiterer und zugänglicher.

20. Februar 1882. Seither in guter Stimmung, freundlich und bescheiden, hilft sehr fleißig in der Abteilung, schläft nachts sehr gut, äußert freiwillig keinerlei Wahnideen, gibt auch auf Befragen dürftige Antworten.

März 1882. Seither gleichmäßige, ziemlich gute Stimmung, freundlich, fleißig und bescheiden, enthält sich der Fleischspeisen, spricht sich nicht aus, weshalb sie kein Fleisch ißt, brauchbare Arbeitskraft.

10. April 1882. Keine Änderung des seitherigen Verhaltens. Vom Schwager gebessert nach Hause genommen.

Patientin hielt sich in der ersten Zeit recht ordentlich, war fleißig und heiter, besuchte die Kirche, hat regelmäßig gegessen, sich jedoch, wie bisher, auch der Fleischspeisen enthalten. Seit Weihnachten 1882 war sie wieder stärker erregt, wurde heftig, duldete keinen Widerspruch. Beschäftigte sich noch, kehrte mit Vorliebe die Straße, wollte gerne Gutes tun, verschenkte, was sie erwischen konnte, trug armen Leuten Kartoffel, Holz etc. zu. Der Schlaf war öfters unregelmäßig, meist legte sie sich mit den Kleidern ins Bett. Sonstiges Benehmen geordnet. Am 23. Februar 1883 wieder nach Werneck gebracht.

Patientin ging gerne wieder dorthin, war unterwegs ruhig und schweigsam, bei der Aufnahme etwas kurz und barsch. Ging, ohne Abschied von ihren Verwandten zu nehmen, auf Wachabteilung.

7. März 1883. Seither ruhiges, etwas scheues Benehmen, wenig zugänglich, spricht sich nicht aus, beschäftigt sich, hilft in der Küche und bei den Abteilungsarbeiten. Benehmen geordnet, Nächte gut, Nahrungsaufnahme genügend, enthält sich noch immer der Fleischspeisen.

24. März 1883. Lebhafter und gesprächiger, in besserer Stimmung, sehr fleißig, den ganzen Tag unermüdlich tätig,

sucht auch die übrigen zur Arbeit zu bringen, wird leicht heftig, schlägt zu. Schlaf und Appetit gut. Enthält sich noch der Fleischspeisen.

Mai 1883. Bekommt leicht Händel mit Kranken, ist grob, schlägt zu. Stimmungswechsel: manchen Tag mürrisch, schnippisch und unfreundlich, dann wieder zugänglicher. Ist sexuell erregt.

Juli 1883. Ruhig, wenig zugänglich, meist untätig, ab und zu erregt.

Dezember 1883. Ruhiges Verhalten, ab und zu sexuell erregt, Stimmung vorwiegend heiter, zeigt keine rechte Arbeitslust, lungert gerne herum.

1884. Ruhig, gutmütig, blödsinnig, lungert gerne herum, läppisches Wesen, heiter gestimmt, neckt sich gerne mit den andern.

1885. Sitzt meist müßig da und lächelt blöde, läppisches kindisches Wesen, ohne alle geistigen Interessen, sehr gedankenarm, ausgebildeter Schwachsinn.

1886. Schwachsinnig, sitzt blöde lächelnd herum, zuweilen recht laut und gewalttätig, zeitweise sexuell erregt.

1887. Zu mutwilligen Streichen geneigt, sexuell erregt, fast täglich stürmisch, zerstörungssüchtig und gewalttätig. Auf Grund von Sinnestäuschungen öfter recht laut.

1888. Vorwiegend heiter und mutwillig. Auf Grund von Sinnestäuschungen öfters erregt, sehr laut und gewalttätig.

1889. Mutwillig, leicht erregt, nachts unruhig, isoliert.

1890. Verwirrt, untätig, vorwiegend heiter und mutwillig, dazwischen Anfälle stärkerer Erregung, gewalttätig, isoliert.

1891. Verhalten und Lebensweise wie seither.

1892. Wechselndes Verhalten wie seit Jahren, verwirrt, untätig, meist heiter und mutwillig, dazwischen gereizt, heftig aufbrausend.

1893. Anläßlich der Menses in heftiger Erregung, sonst meist stumpf.

1894 und 1895 Keine Änderung des Krankheitsbildes

1896. Kranke kauert gewöhnlich auf der Bank und macht eigentümliche Zwangsbewegungen. Sie nickt beständig mit dem Kopf und wiegt den Oberkörper hin und her, das linke Bein macht zitternde Bewegungen. Ist oft sehr gereizt.

1897. Meist in zusammengekauerter Stellung auf einer Bank, unmöglich, sie zur Beantwortung einer Frage zu bewegen.

1898. Erkennt ihren Schwager nicht, schimpft und spektakelt, droht mit Zuschlagen.

1899 und 1900. Stabiles Krankheitsbild.

1901. Hockt meist auf dem gleichen Platze, die Füße auf die Bank gezogen, die Hände unter der Schürze verborgen, den Oberkörper nach vorne gebeugt, reagiert in keiner Weise, wiegt den Oberkörper vor- und rückwärts, springt plötzlich auf, geht mit raschen Schritten hin und her, schreit einige zusammenhangslose Worte und begibt sich wieder auf ihren alten Platz zurück. Im Äußern recht schlumpig und häufig mit Speichel unrein.

1902. Die Kranke hockt mit angezogenen Beinen auf einer Bank, die Kleider über den Kopf geschlagen, gibt nie Antwort. Gesichtsausdruck meist heiter und vergnügt. Explosive Gewalttätigkeit erfordert oft stundenweise Isolierung. In höchstem Grade unrein.

1903. Verblödet, untätig, unrein, Appetit sehr gut.

1904, 1905 und 1906. Stumpfsinniges, interesseloses Hinbrüten, recht unrein.

1907. Ab und zu kurz dauernde Affekte, in denen Patientin auf ihre Umgebung einschlägt, sobald dieselbe ihr zu nahe kommt. Spricht nur sinnloses, unverständliches Zeug daher, mutwillig-selbstvergnügt vor sich hinlachend.

1908 und 1909. Sehr unrein, zeitweise aufgeregt, gewalttätig, zertrümmert Fensterscheiben.

1910. Stuporöses Verhalten mit plötzlichen Tobsuchtsanfällen von kurzer Dauer.

1911. Hockt stumm da, den Kopf und Oberkörper weit

vornüber gebeugt und zusammengekrümmt. Erhebt den Kopf etwas, wenn man sie anspricht, murmelt unverständliche Laute und läßt gleich darauf den Kopf wieder sinken.

1912. Keine Änderung, beschränkt ihre Tätigkeit auf Essen und Trinken. Am 18. Dezember nach Lohr überführt.

1913. Verblödet, hie und da lacht sie blöde, fängt auch einmal auf Grund von Gehörstäuschungen das Schimpfen an. Reagiert in keiner Weise.

Persönliche Untersuchung: Kranke sitzt, den Oberkörper hin- und herwiegend, die beiden Hände unter der Schürze ganz apathisch umher. Völlig unzugänglich, Speichelfluß, unrein.

Epikrise.

Die aus gesunder Familie stammende Patientin erkrankt im 27. Lebensjahre, während eines Wochenbettes, im Anschluß an einen Blutsturz ihres Mannes, an trauriger Verstimmung. Sie ist furchtsam, ängstlich, vernachlässigt alles, verhält sich untätig. Sie ist schlaflos und halluziniert. Sie bleibt tagelang in der Kirche, verschenkt alles und trägt es fort, kennt den Wert des Geldes nicht. Wird auch aufgeregt und gewalttätig. Sie läßt sich nur durch eindringliches Stimulieren zu einer Antwort bewegen, die aber dann korrekt ist. Sie verweigert aus religiösen Motiven die Nahrung. Dieser Zustand hält fast 2 Jahre an. Dann wird sie wieder freier, zugänglich, arbeitet fleißig. Nachdem der Zustand $^1/_4$ Jahr angehalten hatte, wird sie nachhause entlassen.

Hier ist sie 8 Monate ganz geordnet, dann tritt ein Rückfall ein. Sie wird erregt, reizbar, will wieder viel Gutes tun und schleppt fort, was sie erwischen kann und trägt es armen Leuten zu. Diese Verschlimmerung hat einige Monate Bestand, dann tritt Beruhignng ein. Die Kranke wird still, verschlossen, beteiligt sich an der Arbeit. Der Zustand wird bald wieder wechselnd: erregt, dann wieder fleißig und andere zur Arbeit anhaltend, ab und zu

gewalttätig, schließlich unzugänglich und untätig. Diese Schwankungen des Verhaltens erstrecken sich über einen Zeitraum von einem halben Jahr. Dann wird die Kranke gutmütig, läppisch, kindisch in ihrem Benehmen. Ab und zu zerreißt sie ihre Kleider. Der Zustand bleibt sich jahrelang gleich, die geistigen Fähigkeiten gehen stetig zurück. 1896 treten eigentümliche Zwangsbewegungen auf. Ihre Angehörigen, die sie besuchen, erkennt sie nicht wieder. Seit etwa 15 Jahren ist sie völlig verblödet, sitzt stumm und regungslos herum, ist oft unrein und entwickelt einen ausgezeichneten Appetit.

Es erkrankt also unsere Patientin plötzlich mit einem melancholischen Symptomenkomplex, nach 2 Jahren tritt eine Remission ein, von einjähriger Dauer. Es erfolgt dann eine neuerliche Erkrankung, in der Erregung und unzugängliches Verhalten einander ablösen, bis schließlich Kranke dauernd ruhig wird und eine ausgesprochene Verblödung als Endzustand resultiert. Hier dürfte im Beginn der Erkrankung einzig die Tatsache, daß sie erst auf längeres Stimulieren reagierte, als negativistisches Symptom gedeutet und für die Diagnose Dementia praecox verwertet werden; denn es ist nach der Schilderung im Journal nicht anzunehmen, daß es sich um eine Hemmung gehandelt hat. Der Beginn der zweiten Erkrankung ergibt zuerst kein typisches Bild, allmählich aber überwiegen die Symptome der Dementia praecox, und an Melancholie ist überhaupt nicht mehr zu denken.

Zusammenfassung.

In den angezogenen VI Fällen handelt es sich um alle Erscheinungsformen des manisch-depressiven, bezw. circulären Irreseins. Die II ersten Fälle imponierten als reine Manien. Aber ohne daß eine Remission eingetreten wäre, erfolgte Übergang in Dementia praecox. Die beiden nächsten Fälle waren sich wieder im Anfang gleich. Es entwickelte sich eine Depression, die wieder verschwand.

Nach einer längeren Remission trat ein manisches Krankheitsbild auf, das im Falle III noch eine Remission erlebte, um dann als typische Katatonie zu recidivieren. Im Falle IV trat nur ein zweimaliger Wechsel zwischen vorherrschenden katatonischen Krankheitszeichen und stärkerer Betonung der manischen Symptome auf. Der weitere Verlauf ist bei beiden Fällen der gleiche, der einer relativ raschen katatonischen Verblödung. Die beiden letzten der angeführten Fälle waren ursprünglich als reine Melancholien gedeutet worden. Von diesen beiden Erkrankungen trat die erste im Anschluß an den rasch hintereinander erfolgten Verlust mehrerer Kinder, die zweite im Wochenbett nach einem Blutsturz des Mannes ein. In jedem Falle kam eine Remission zur Beobachtung, das folgende Recidiv zeigte aber von vornherein wenig Symptome, die an Melancholie gemahnt hätten. Es war in beiden Fällen ein richtiges Bild der Dementia praecox, das sich aus der Krankengeschichte konstruieren läßt. Der Ausgang ist die völlige Auflösung der geistigen Persönlichkeit.

Es erhebt sich nun die Frage, wie diese Tatsachen zu deuten sind. Die Annahme, als ob in allen diesen Fällen zu einer bestehenden circulären Erkrankung noch eine Dementia praecox hinzugetreten sei, ist wohl von vornherein als unwahrscheinlich abzulehnen. Es wäre ja denkbar, daß in einem Falle von circulärem Irresein im Laufe der Jahre sich noch eine zweite Krankheit hinzugesellt hätte. Es hieße aber doch dem Zufall eine zu große Rolle zuzuschreiben, wollte man annehmen, daß er in allen unsern Fällen die Hand im Spiele gehabt hätte. Um nur unsere beiden ersten Fälle zu erwähnen, so kann doch kaum im Ernste daran gedacht werden, daß fast gleichzeitig bei einem und demselben Individuum die zwei doch relativ seltenen und ihrer Erscheinungsform und besonders im schließlichen Ausgang so grundverschiedenen Erkrankungen sich eingestellt hätten. Die weitere Annahme, daß vielleicht das circuläre Irresein oft auch einen von der Norm abweichenden Ausgang nähme,

ist gleichfalls von der Hand zu weisen; denn der günstige Ausgang ist typisch für diese Krankheitsform und wird bei der Diagnosestellung auch voll berücksichtigt. Es bleibt somit nur die Möglichkeit anzunehmen, daß es Formen der Dementia praecox gibt, die einen Symptomenkomplex bieten, der einer der circulären Erkrankungsformen täuschend ähnlich sein kann, ohne aber mit dem circulären Irresein irgend etwas gemein zu haben; daß also unsere heutige Methode der Diagnosestellung bei diesen Erkrankungsformen noch nicht vollkommen ist, daß mitunter schwere Irrtümer unterlaufen, die dann die Ursache sind, daß wir uns auch in der Prognosestellung schwer täuschen und diese günstig stellen in Fällen, wo sie von vornherein infaust ist.

Urstein hat die Behauptung aufgestellt, es wären bei all diesen Fällen auch schon deutliche Symptome vorhanden, die für die Diagnose Dementia praecox verwertbar wären. Sie würden aber gar nicht beachtet oder aber, wenn sie auch beachtet würden, zur Diagnosenstellung nicht herangezogen. Es ist allerdings in einzelnen Fällen schwer, aus den Krankengeschichten diese Symptome zu rekonstruieren, wenn der Referent von seiner Diagnose überzeugt, die wenigen vom typischen Symptomenkomplex abweichenden Krankheitsäußerungen vernachlässigte, wie dies bei einem oder dem andern unserer Kranken sicher der Fall war. So treffen wir bei Fall II in der Krankengeschichte als erstes Symptom der Dementia praecox den schon ausgeprägten Negativismus und katatonischen Stupor.

Bei Fall I tritt hingegen schon in den ersten Tagen ein Symptom auf, dem eine viel größere differentialdiagnostische Bedeutung hätte beigemessen werden sollen. Es ist dies der rasche Wechsel zwischen Erregung und Ruhe, der nach *Urstein* für die katatonischen Erkrankungen sehr charakteristisch ist: Kurze heftige Erregungen werden unterbrochen von Pausen absoluter, stundenlanger Ruhe. Nach *Urstein* sind auch die Zerfahrenheit, die auch schon früh in Erscheinung tritt, und die leichte Reizbarkeit für die

Diagnose der Dementia praecox verwertbar. Besonders auf den Umstand legt *Urstein* gerade Wert, daß die Patienten auf jede Anrede mit Schimpfen reagieren. Diese Zerfahrenheit zeigt auch Fall I, ebenso die Erregtheit bei jeder Ansprache. Die leichten, stets wechselnden Größenideen, die nicht festgehalten werden, und das stets schwankende Stimmungsbild mit unmotiviertem Lachen erinnern etwas an Hebephrenie. In beiden Fällen schwanden die manischen Züge übrigens in Bälde und katatone Zustände beherrschten das Krankheitsbild ausschließlich: Negativismus, Stuporzustände, bei Fall I auch Salivation sind vorherrschend. Der III. Fall ist anfänglich ganz so, wie ihn *Urstein* als häufigen Beginn der Dementia praecox beschreibt, eine einleitende Depression. Die vorausgegangenen „Erblindungen" wären bereits katatone Schübe gewesen.

Nach *Urstein* würde auch der Wechsel zwischen heiterer und trauriger Stimmung, zwischen ausgelassenem Lachen und lautem Weinen keine Anhaltspunkte für die Diagnose circuläres Irresein bieten. Sie wären im Gegenteil für die Diagnose Dementia praecox zu verwerten gewesen. Die zeitweilige absolute Unzugänglichkeit, die Unreinlichkeit und Unflätigkeit würden sich dann auch leichter in das Krankheitsbild fügen. Auffallend ist die Konstrastierung: „Die Kranke macht einen recht schwachsinnigen Eindruck". Wenige Tage nach dem Eintrage: „Es scheint wieder eine melancholische Phase zu beginnen". Es traten dann aber auch keine „Phasen" mehr ein, der Zustand blieb sich gleich, die katatone Verblödung schritt rasch weiter.

Auch der IV. Fall beginnt mit ausgesprochener Depression. Versündigungsideen, wie sie *Urstein* als charakteristisch für die Dementia praecox-Formen mit depressivem Beginn schildert, sind vorhanden. Es treten auch schon im Beginn negativistische Symptome auf. Es folgt dann eine 2 Jahre lang anhaltende Remission, aber die nun folgende manische Phase ist schon nicht mehr rein. Es kommen

zwecklose, unmotivierte Handlungen, stereotype Lautbildungen und Bewegungen in Erscheinung. Diese schwinden zwar kurze Zeit, aber nur um ganz typischen katatonen Symptomen wie Grimassieren und eigentümlichen Stellungen und Kopfhaltungen Platz zu machen. Das Bild bleibt jetzt stationär, die Diagnose wird korrigiert und auf Dementia praecox gestellt.

Der V. Fall war als Melancholie, circuläres Irresein diagnostiziert. Auch hier war das Krankheitsbild nicht rein melancholisch. Es werden schon in der ersten Zeit stereotype Redewendungen und Wortwiederholungen beschrieben. Die Kranke zeigt sich auch unzugänglich und negativistisch. Auch hier werden wir annehmen dürfen, daß es eine Dementia praecox mit depressivem Beginn war. Die Vermutung wird zur Gewißheit, wenn wir aus der weiteren Krankengeschichte erfahren, daß die Patientin zwar einige Jahre zuhause war, aber bald rezidivierte und bei der späteren Einlieferung schon weitgehend verblödet war. Schwieriger ist es, aus der Krankengeschichte auf die durch den Verlauf geforderte Diagnose zu kommen. Die Anamnese und die Beschreibung der ersten Attacke weisen kaum einen Zug auf, der für eine andere als für die gestellte Diagnose Melancholie verwendbar wäre. Nur will es mich bedünken, als ob die richtige ängstliche Verstimmung hier fehlte und mehr der Trieb zum Verschenken und eine starke Reizbarkeit das Krankheitsbild beherrschten. Vielleicht werden wir uns auch hier entschließen, unsere Diagnose auf Dementia praecox mit depressivem Beginn zu stellen. Das tun wir um so leichter, wenn wir den Ablauf der zweiten und dauernden Attacke mit berücksichtigen. Die Patientin erkrankte nach einer kurzen Remission, während der sie ganz geordnet war, wieder. Sie war leicht reizbar und hatte wieder den Drang zum Verschenken. Es wechselten dann Perioden des Verschlossenseins und der Unzugänglichkeit mit solchen der Erregung in ganz rascher Folge. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir dieses Zustandsbild mit *Urstein* als

katatonen ansehen. Es zeigt sich alsbald auch der intellektuelle Verfall. Die Kranke wird läppisch und kindisch im Benehmen, später treten noch Zwangsbewegungen und Zwangshaltungen eigener Art hinzu. Die Verblödung ist eine vollständige.

Wenn wir jetzt zusammenfassend unsere VI Fälle rückschauend betrachten, so werden wir uns der Einsicht nicht verschließen können, daß es sich hier trotz der vielen Abweichungen und Verschiedenheiten im Beginn, Entwicklung und Ablauf der Krankheit doch nur um eine einzige Erkrankungsform handelt, eine Erkrankungsform, der eben das Endbild, wie wir es bei allen unseren VI Fällen vor uns haben, zukommt, also um Dementia praecox. Alle Fälle haben das Gemeinsame, daß im Krankheitsbilde ein ganz anderer Symptomenkomplex im Vordergrunde steht, dem auch in sehr vielen Fällen eine zu weit gehende Bedeutung beigemessen wird, während die Symptome, die als charakteristisch für Dementia praecox gelten, im Krankheitsbilde zurücktreten, nur sehr spärlich und oft nur zeitweise auftreten. Die sehr oft und gerne erfolgende Vernachlässigung dieser führt dann zu einem diagnostischen Irrtum, der verhängnisvoll wird wegen des schweren, damit verbundenen prognostischen Irrtums; denn wir stellen die Prognose günstig, während der Verlauf dann lehrt, daß sie durchaus ungünstig zu stellen war. Und daß dem so ist, das lehrt uns das Studium des Krankenmaterials einer jeden Anstalt. Immer finden wir eine Reihe von Ausgangsformen der Dementia praecox, deren Krankengeschichte zuerst nur von Manie, Melancholie, manisch-depressivem oder circulärem Irresein berichtet. Wir müssen mit *Urstein* zu der Überzeugung gelangen, daß man eben alles, was man nicht in die übrigen Schemata gut unterbringen kann, als circuläres Irresein diagnostiziert. Es ergibt sich des weiteren daraus die Notwendigkeit, den Symptomen, die nicht in das Bild der Manie passen, ein besonderes Augenmerk zuzuwenden. Sehr oft wird dann der diagnostische und prognostische Irrtum vermieden und

von vornherein eine Dementia praecox festgestellt werden. Diese Symptome sind vor allem depressives Anfangsstadium ohne richtige ängstliche, traurige Verstimmung, rasch d. h. manchmal öfter als stündlich wechselnde Stimmung, kurze rasch wiederkehrende Erregungszustände, alle Stereotypen, somatische Symptome und anderes mehr. Es wird dann über die Häufigkeit des circulären Irreseins eine andere Anschauung bezw. die Seltenheit dieser Erkrankung überraschen. Anderseits wird, wie dies auch den Tatsachen angemessen ist, die Diagnose der Dementia praecox viel häufiger gestellt werden. Es wird dann uns auch von selbst die Notwendigkeit sich aufdrängen, unseren Vorstellungsinhalt über die Erscheinungsformen dieser Erkrankung zu modifizieren, ihn viel weiter zu fassen. Denn es ist Tatsache, wie ja das schon aus den angezogenen Fällen erhellt, daß die Dementia praecox im Beginn eine ganze Reihe von anderen Psychosen vortäuschen kann und daß nur ein sorgfältiges liebevolles Eingehen auf ihre Symptome, auf alle abweichenden Erscheinungsformen, eine gründliche Vertrautheit mit den Zustandsbildern in den einzelnen Erkrankungsformen uns in den Stand setzt, aus dem Durcheinander von klinischen Bildern und Symptomenkomplexen immer das Wesentliche herauszuschälen, um so vor diagnostischem Irrtum geschützt zu sein.

Lebenslauf.

Ich Max Schneider, bayer. Staatsangehörigkeit, bin geboren am 21. Januar 1886 zu Nürnberg als Sohn des kgl. Postverwalters A. Schneider in Würzburg und wohne z. Zt. in Lohr a./Main.

Nach Besuch der Volksschule und des neuen Gymnasiums in Würzburg erwarb ich mir das Reifezeugnis im Juli 1905.

Ich besuchte die Universität zu Würzburg und habe daselbst im Frühjahr 1911 die ärztliche Prüfung abgelegt. Medizinalpraktikant war ich an der medizinischen Poliklinik zu Würzburg und an der Kreisirrenanstalt zu Werneck. Seit 1. August 1912 bin ich approbiert. Von 1. August 1912 bis 1. Oktober 1913 war ich Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt zu Homburg in der Pfalz, seit 1. Oktober 1913 bin ich Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt zu Lohr a./M.

Vorstehende Dissertation habe ich auf Anregung des Herrn Professor Dr. M. Reichardt selbständig verfaßt.

Lohr a./Main, den 8. März 1914.